



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES**  
**MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TERAPIA GRUPAL PARA MUJERES ADICTAS**  
**TENDIENTE A DISMINUIR LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**  
**QUE DIFICULTAN SU PROCESO DE RECUPERACIÓN**

**Por:**

**MAITE ESKILDSSEN ALFARO**

**Trabajo de Graduación sometido a la  
consideración de la Facultad, para optar por  
el título de Magíster en Psicología Clínica**

**2004**

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

18 AGO 2004

Programa de Maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Humanidades

Número de código:

Nombre del estudiante: Maité Eskildsen Alfaro

Título que aspira: Maestría en Psicología Clínica

Tema de tesis: Terapia Grupal para Mujeres adictas tendiente a disminuir los síntomas de depresión y ansiedad que dificultan su proceso de recuperación

Resumen Ejecutivo: Se trata de un diseño de investigación "pre experimental", *tipo Estudio de Caso de Intervención Terapéutica* en donde se pretende evaluar la efectividad de una intervención terapéutica breve, en forma grupal, aplicada a mujeres adictas en proceso de recuperación.

Nombre del asesor: Dr. Samuel Pinzón B.

Firma del asesor: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_  
Coordinador del programa

\_\_\_\_\_  
Director de Postgrado de la Vicerrectoría  
de Investigación y Postgrado

Fecha: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTO**

## **AGRADECIMIENTO**

- Ante todo, agradezco a Dios por escuchar siempre mis súplicas: traducidas día a día, en fortaleza espiritual para enfrentar con humildad y templanza los retos en cada acto de mi vida.  
¡Gracias, Dios, porque hoy comprendo que el Amor es el único camino y la única verdad!
- Especial agradecimiento al Dr. Samuel Pinzón por su apoyo y asesoría en la dirección de esta tesis.
- También deseo agradecer profundamente a la Lic. Cristina de Cedeño por su valiosa ayuda en todo momento; por su confianza, sobre todo; y por guiarme en la comprensión de mi evolución interior.

## INDICE

	Página
PORTADA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2

### CAPITULO I : FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1. DROGADICCIÓN.....	7
1.1 Definición, Antecedentes y Causas.....	7
2. ENFOQUES PSICODINAMICOS DE LA ADICCIÓN.....	15
2.1 La drogadicción como neurosis del carácter y desórdenes en el control de los impulsos.....	15
2.2 Personalidad adictiva.....	17
2.3 La dinámica clásica.....	20
2.4 Perspectiva Kleiniana.....	23
2.5 Naturaleza Objetal.....	25
3. ADICCIÓN EN LA MUJER.....	29
4. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LA ADICCIÓN.....	40
5. CARACTERÍSTICAS Y ANTECEDENTES DE LA TERAPIA GRUPAL..	45
5.1. Enfoques teóricos de psicoterapia grupal.....	53
5.1.1. Psicoterapia breve.....	53
5.1.2. Psicoterapia Existencial de Irvin D. Yalom.....	56
5.1.2.1. El Trabajo del Terapeuta en el Aquí y Ahora.....	59
5.1.2.2. Tratamiento y Rol del Terapeuta.....	64
5.1.3. Terapia Dinámica de Grupo Modificada (TDGM).....	67
5.2. Aspectos éticos en el trabajo terapéutico con adictos.....	70
5.3. Técnicas y tareas en la terapia grupal.....	72
5.3.1. Video debate y Dramatización.....	74

5.3.2. Talleres y Charlas.....	75
5.3.3. Terapia para el alivio del estrés y emociones negativas a través de la respiración.....	76

## **CAPITULO II. METODOLOGÍA**

1. Planteamiento del Problema.....	79
2. Justificación y antecedentes.....	82
3. Objetivos de la investigación.....	90
3.1. Objetivo general.....	90
3.2. Objetivos específicos.....	90
4. Estrategia de investigación.....	91
5. Variables de investigación.....	92
5.1. Variable Independiente.....	92
5.1.1. Psicoterapia Breve de Grupo.....	92
5.2. Variables Dependientes.....	94
5.2.1. Ansiedad.....	94
5.2.2. Depresión.....	95
6. Población y muestra.....	96
6.1. Población.....	96
6.2. Muestra.....	97
6.2.1. Criterios de Inclusión.....	97
6.2.2. Características de la Muestra.....	97
7. Tipo de muestreo.....	98
8. Instrumentos de Medición.....	99
8.1. Entrevista psicológica.....	99
8.2. Encuesta.....	100
8.3. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.....	100
8.4. Inventario de Depresión de Beck.....	101
8.5. Otras pruebas de uso proyectivo.....	103
8.5.1. Test de la Figura Humana.....	104

8.5.2. Test del Casa- Arbol -Persona (HTP).....	105
8.5.3. Test de Frases Incompletas de SACKS.....	106
9. Método de Investigación.....	107
10. Procedimiento de investigación.....	108
11. Modelo de análisis estadístico.....	109

### **CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

1. Resultados de la Muestra.....	112
2. Resultados Grupales.....	115
3. Análisis Comparativo de los Grupos.....	122
4. Resultados Proyectivos Individuales.....	126
5. Análisis del Proceso Terapéutico.....	136

### **CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1. Conclusiones.....	147
2. Recomendaciones.....	151

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>154</b>
--------------------------	------------

### **ANEXO**

1. Historias Individuales.....	160
2. Transcripción libre de las sesiones grupales.....	179
3. Inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado (IDARE).....	213
4. Inventario de Depresión de Beck.....	214
5. Indicadores del Test de la Figura Humana.....	217
6. Indicadores del Test Casa-Árbol-Persona (HTP).....	223
7. Test de Frases Incompletas de Sacks.....	229
8. Cuadro con los indicadores del Test de Frases Incompletas de Sacks.....	236
9. Encuesta grupal.....	237

## **RESUMEN**

Por medio de un diseño de investigación pre-experimental de tipo “Estudio de Caso de Intervención Terapéutica” se ha evaluado la efectividad de una intervención de terapia breve, con una medición pre y post-test, en forma grupal, aplicada a mujeres adictas a las drogas en proceso de recuperación pertenecientes a los grupos de auto-ayuda Narcóticos Anónimos de la Ciudad de Panamá. Los síntomas psicológicos, que pretenden reducir esta terapia en el presente estudio son la ansiedad y la depresión que de acuerdo a las observaciones preliminares promueven, junto a otras manifestaciones psicológicas, las inadecuadas relaciones interpersonales: agresividad, autodestrucción, baja autoestima, distorsiones cognoscitivas, y un malestar emocional que dificulta significativamente el proceso de recuperación de la adicción. Se utilizó básicamente un encuadre humanista-existencial, basado en la teoría y práctica de la terapia interpersonal de Irvin D. Yalom, que como punto fundamental se enfoca “en el aquí y ahora”; conjuntamente con el enfoque de la Terapia Dinámica de Grupo Modificada (TDGM), que aparte de compartir la propuesta de este autor, está diseñada para atender las vulnerabilidades y dificultades caracterológicas subyacentes que conducen a la susceptibilidad del adicto a consumir drogas. Igualmente se utilizaron otras dinámicas grupales durante el proceso terapéutico, a saber: talleres, charlas, audiovisuales, técnicas de respiración, dramatizaciones.

Los resultados examinados en el presente trabajo de investigación demuestran que la terapia breve de forma grupal reduce los síntomas arriba señalados. Como instrumento de cambio ha ofrecido la posibilidad de modificar pensamientos, emociones y conducta, mejorando de esta manera el pronóstico y la evolución futura de los riesgos.

## **SUMMARY**

The effectiveness of an intervention of brief therapy with a measurements of pre and post-test, in group form, applied to drug-addicted women and in process of recovery through self-help groups of Narcotic Anonymous in the city of Panama has been studied using a research design of pre-experimental investigation of type “Case Study of Therapeutic Intervention.” The psychological symptoms that the therapy presented in this study intends to reduce are the anxiety and the depression that, according to preliminary observations, promote, together with other psychological manifestations, inadequate interpersonal relations: aggressiveness, self-destruction, low self-esteem, cognitive distortions, and an emotional discomfort that complicates significantly the process of recovery of the addiction. An humanistic-existentialist format was primarily used, based on the theory and practice of interpersonal therapy used by Irvin D. Yalom which centers on the principle of “here and now”, jointly with the focus of the Modified Therapy of Group Dynamic (TDGM), that aside from sharing the proposal of this author, is designed to address the underlying character-related vulnerabilities and difficulties that conduce to the susceptibility of the addict to consume drugs. Likewise other group dynamics during the therapeutic process were utilized, such as: workshops, chats, audiovisual, breathing techniques, and dramatizations. The results examined in this investigative work present that brief group therapy reduces the above-mentioned symptoms. As an instrument of change it has offered the possibility to modify thoughts, emotions and conduct, improving in this manner the forecast and the future evolution of the risks.



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existen diversas corrientes que intentan explicar y definir la naturaleza de la adicción. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) señala que la dependencia a las drogas puede manifestarse de dos maneras: como adicción o dependencia física, y como habituación o dependencia psicológica.

La adicción, definida desde hace ya mucho tiempo como una enfermedad, cuyo cuadro está claramente señalado en importantes tratados de Medicina como el DSM IV, ha sido objeto de estudio por muchas corrientes teóricas de la Psicología Clínica, Social y Evolutiva.

El incremento del fenómeno de la adicción, así como las consecuencias devastadoras que tiene para la vida de las personas que la padecen, especialmente los jóvenes, ha motivado a los organismos internacionales, gobiernos, organizaciones no gubernamentales, iglesias etc., a contribuir desde una óptica distinta al proceso de recuperación.

El presente trabajo es un esfuerzo más de aportar un mejor conocimiento sobre las particularidades de esta enfermedad en un segmento específico de la población: las mujeres.

Desde hace dos décadas, uno de los encuadres que más ha modificado y profundizado su óptica en relación a las tóxicodependencias ha sido la corriente psicodinámica. Sin embargo dada la complejidad que abarca esta enfermedad, se ha tomado diversas técnicas

de tratamiento para de esta manera aumentar la efectividad hacia los objetivos del presente documento.

Las teorías contemporáneas dan cuenta de las experiencias y consecuencias que la ingesta de drogas ejerce sobre la organización de la personalidad subyacente; por ejemplo: una incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos, anticiparse al peligro o a utilizar señales afectivas para activar mecanismos de defensa; deficiente autoestima aunada a una escasa introyección del yo y de las imágenes objetales; maladaptaciones, alteraciones en el pensamiento y juicio, referidos a inmadurez, y finalmente, mecanismos de defensa y adaptación demasiado rígidos.

En el caso de las mujeres, existen crisis adaptativas que se ven agravadas por los fenómenos de discriminación de género, represión sexual, mayores y diferentes expectativas de la demanda social, exigencias derivadas del rol materno y la función de cuidadora. No podemos decir que las mujeres están más afectadas por el fenómeno, pero sí podemos sostener que las características de la adicción en la mujer, deben ser estudiadas de manera especial; así como el proceso de recuperación de las mismas.

Es cierto que este flagelo afecta tanto a mujeres como hombres, como ya hemos dicho, pero existe una diferencia muy marcada en cuanto al género, entendido como la producción cultural que atribuye diferentes roles y conductas esperadas a las personas según su sexo biológico.

Para las mujeres, las relaciones sociales y los vínculos son eficaces y necesarios para aumentar la autonomía y la autoestima. Del mismo modo, la desconexión y el aislamiento son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima. Es por esto y algunas otras

características adicionales propias de cada cual, que hacen que a la mujer en recuperación se le dificulte su proceso y ponga en riesgo su abstinencia.

La depresión y la ansiedad constituyen un obstáculo activo en el proceso de recuperación; ya que el programa que ofrece Narcóticos Anónimos está encaminado hacia la acción y el cambio de actitudes y pensamientos por patrones de conducta adaptativos al medio, como también a la práctica disciplinada de los pasos que se sugieren para el cambio interno en la vida del adicto. Siendo el sustrato emocional: la ansiedad y la depresión, el miedo y la tristeza, respectivamente; al estar insertos en un cuadro propio derivado de la abstinencia, paralizan, confunden, alteran y, sobre todo, exacerbaban las características más patológicas del sujeto en recuperación. De esta forma, un individuo con rasgos de cierta agresividad, se transforma bajo los efectos de la ansiedad en un sujeto altamente agresivo. Al igual que un individuo de rasgos de cierta melancolía, con el incremento del rasgo depresivo, puede llegar a sentirse atrapado en una profunda conducta destructiva hacia los demás o lo que es frecuente, autodestructiva.

No debemos olvidar que al vivir la pérdida de la sustancia como una pérdida o un duelo, el sujeto se enfrenta a la presencia del vacío que deja este objeto emocional importante para su vida y en esta circunstancia, al participar en los grupos de autoayuda reporta, en forma variada, los síntomas de ansiedad y depresión.

El abordaje para la disminución de los síntomas de ansiedad y la depresión en el presente trabajo ha sido la terapia de grupo y en este caso “terapia breve”, como un instrumento de cambio, el cual ofrece a los pacientes la posibilidad de modificar los

pensamientos, las emociones y la conducta, mejorando el pronóstico y la evolución futura de los riesgos.

El abordaje grupal se puede hacer desde muchos encuadres teóricos. Nos inclinamos por seguir los procedimientos y la metodología existencial, descrita por Irvin Yalom, y la Terapia Dinámica de Grupo Modificada (TDGM) (ambas señalan que la terapia de grupo es buena porque se trabaja en la conducta de “aquí y ahora”) utilizando la experiencia grupal y, como segundo elemento importante, el “esclarecimiento del proceso terapéutico”, que en el caso que nos ocupa nos encamina para abordar, de manera escalonada, los síntomas psicológicos derivados de depresión y ansiedad. Igualmente, la terapia mixta, como es la dramatización, exhibición de películas, charlas, métodos de respiración y relajación etc., nos abre un abanico más de posibilidades de abordar más ampliamente los síntomas arriba descritos.

**CAPITULO I**  
**FUNDAMENTACION TEORICA**

## **1. DROGADICCIÓN**

### **1.1. Definición, Antecedentes y Causas**

A través del tiempo se ha intentado definir por medio de distintos enfoques, una amplia gama de conceptos que caracterizan la drogadicción. En esta ocasión, y a manera de simplificar conceptos, se dará la definición según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Comité de Expertos en 1965, quienes inclusive recomendaron sustituir los términos “toxicomanía” y “hábito” por el de “dependencia” con respecto a la droga. La definición internacional que se aprobó es la siguiente:

“Estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos” (Comité de la Organización Mundial de la Salud, 1969, pág. 8).

Las personas dependientes de sustancias tienen tres cosas en común: la negación de que tienen un problema, el creer que necesitan la droga para funcionar normalmente y el mal uso y dependencia de una sustancia (el alcohol, la comida, el tabaco o alguna otra droga). Otros síntomas pueden incluir la tolerancia (la necesidad de aumentar la dosis de la droga para lograr el mismo efecto), la supresión (dependencia fisiológica), disrupciones en las relaciones interpersonales, impulsividad, inmadurez, comportamientos dependientes y una habilidad disminuida para hacerle frente a las cosas.

La dependencia de sustancias es una enfermedad vitalicia. Sin tratamiento, es continua y progresiva. No puede curarse, pero puede controlarse. Sin tratamiento, el paciente tiene síntomas persistentes que aumentan en frecuencia e intensidad y se vuelven más dañinos. La vida de la persona se centra en la droga y el funcionamiento social se ve deteriorado. A medida que progresa la enfermedad, la persona hace lo que sea necesario para obtener drogas. Puede ocurrir un comportamiento criminal y se presenta una total alienación de la cultura de “no drogas”. Se deteriora la condición física de la persona y el consumo continuo de drogas conduce a la muerte. Con tratamiento, mejoran los comportamientos disfuncionales y la salud puede restaurarse en la mayoría o en todos los aspectos de la vida.

Muchas personas piensan que la adicción a las drogas aparece después o es consecuencia de algún problema como lo es alguna enfermedad mental, un "trauma" sufrido durante la niñez o cosas similares. Si así fuera diríamos que es una enfermedad secundaria, esto es, que es una consecuencia directa de otro problema mental o emocional, o sea que primero apareció el problema mental y después, como resultado, vino la adicción a las drogas. Esta es una idea algo anacrónica y no completamente cierta, según Andreas Weilandt (2002) que en su monografía realizada en Chile sobre “La Drogadicción, su impacto en la Sociedad y Rol del Trabajador Social en la Drogadicción”, indica que la ciencia contemporánea ya corrigió este punto de vista. La realidad es que la adicción al alcohol o a las drogas puede padecerla cualquier persona, tenga o no tenga enfermedad mental alguna, y debe ser tratada primeramente, esto es: antes que cualquier otro problema emocional o mental; y esto quiere decir sencillamente que la persona tiene que aceptar que está enfermo(a) y que debe abstenerse de seguir

consumiendo drogas o alcohol, además de pedir ayuda a los expertos en la materia. Algunos investigadores, según Weilandt (2002), científicos afirman que es posible saber con mucho tiempo de anticipación si una persona va a ser adicta o no en alguna etapa de su vida.

Sobre las causas de la adicción, en años recientes se ha producido un cambio sustancial en la investigación sobre la transmisión genética de diferentes patologías psiquiátricas; distintos grupos de investigación han producido conocimiento a varios niveles. En adicciones, especialmente el tabaquismo, alcoholismo y dependencia a drogas solas y/o combinadas, los avances neuroquímicos han sido importantes: unos grupos buscan la vulnerabilidad hereditaria que ocurre en el abuso de drogas, como el realizado por el National Institute of Drug Abuse (NIDA); otros pretenden establecer el perfil etiológico del alcoholismo por ejemplo, a partir de un gen alelo A1 del receptor dopaminérgico D2 (lo propone un número de trabajos internacionales recientes). Según esta institución (NIDA), los modelos genéticos destinados a las adicciones, basados en estudios neuropsicofarmacológicos, postulan básicamente la existencia de factores relacionados entre dos vertientes afines:

1. La propensión a la auto-administración de fármacos.
2. La neuro-sensibilidad a las drogas.

Los conocimientos acerca de la etiología de la fármaco-dependencia se enfocan desde varios puntos de vista. Como todas las enfermedades crónicas, los desórdenes por abuso de sustancia constituyen una entidad multideterminada, en la cual podemos distinguir elementos biológicos o hereditarios, psicológicos-conductuales, ambientales o del medio ambiente familiar y socioculturales.



Al analizar los factores individuales, son importantes los factores neurofisiológicos de la adicción, en un modelo que se centra en la búsqueda de un estado placentero y en el hecho de que la droga es un camino para inducir ese estado.

Desde el punto de vista psicogenético, si bien muchos de los problemas pseudo enfrentados por el abuso provienen de etapas tempranas del desarrollo infantil, la mayoría de las veces, es en la adolescencia donde se empiezan a manifestar abiertamente estas conductas de riesgo, a saber: conductas extrovertidas, no conformidad con los valores establecidos, carencia de valores espirituales y percepción negativa de la familia; falta de relaciones afectuosas con los padres, falta de interés de éstos en la vida de los jóvenes, inconsistencia en la disciplina, falta de establecimiento de límites y de tiempo dedicado a la familia; mayor presencia de psicopatologías, presión de grupo y grado de consumo; trastornos familiares, apoyo de la familia, incapacidad de tomar decisiones de compartir el tiempo libre y expresar emociones, falta de afiliación religiosa, uso de drogas no limitados a situaciones sociales; bajo rendimiento escolar, otras conductas desviadas, búsqueda de emociones, uso temprano de bebidas alcohólicas, baja estima personal, percepción clara de mayor uso de drogas por los padres.

En su libro “Psicoterapia del Alcohólico y otros Toxicómanos”, el autor Ricardo González Menéndez, nos ilustra sobre la importancia de las vías patogénicas que se encuentran en la adicción; por ejemplo, la sociocultural que se relaciona con la presión ejercida por grupos humanos; la vía hedónica caracterizada por la búsqueda de placer, muy frecuente en sujetos con rasgos disociales y también en jóvenes procedentes de medios familiares de pobreza, la vía asertiva, donde se utiliza la droga como “muleta” para enfrentarse a situaciones temidas o que generan ansiedad; la vía evasiva donde a

través del consumo de la droga se pretende olvidar experiencias dolorosas; la vía sintomática en donde existe una patología subyacente, generalmente psiquiátrica como la depresión, la manía, las fobias y otras y por último la vía constitucional que debe ser considerada cuando existen en la familia patrones de conducta adictiva o la adicción propiamente dicha.

Muchas personas heredan una predisposición a la dependencia de sustancias; sin embargo cualquier persona puede volverse adicta, hasta aquéllas no predispuestas genéticamente. No hay evidencia de que haya tal cosa como una "personalidad adictiva", ni hay evidencia de que los traumas de la niñez o el estrés de la vida causen la dependencia de sustancias. Lo que se sabe es que, un alto nivel de estrés puede hacer resaltar o empeorar los síntomas de esta enfermedad en las personas susceptibles.

Contrario a lo anterior, en una Ponencia de la Lic. Marina Perrone durante las Jornadas de "Prevención de la Drogadependencia" llevadas a cabo en Buenos Aires, en Abril de 1999 por ADEPA y Fundación Manantiales, nos comenta que dentro de los aspectos psicológicos de la adicción existe un sistema de creencias que subyace a la personalidad adictiva y que explican el proceso hacia la drogadicción cuando hay un ambiente favorable:

- ☐ La perfección es posible
- ☐ Yo debo tener el poder: éxito, riqueza, etc.
- ☐ Yo debería conseguir lo que quiero YA.
- ☐ Yo debería estar libre de dolor.
- ☐ La vida debería estar libre de esfuerzo.

La imposibilidad de cumplir con ese sistema de creencias hace que se produzcan distorsiones del tipo de:

- ❑ Yo no soy bastante.
- ❑ Soy incapaz de tener incidencia en el mundo.
- ❑ Los sentimientos son peligrosos.
- ❑ La imagen lo es todo.
- ❑ Yo debería satisfacer mis necesidades indirectamente.

Como resultado, la Lic. Perrone nos propone los siguientes rasgos que, según ella, subyacen en la personalidad adictiva:

- ❑ Escasa tolerancia a la frustración.
- ❑ Dificultades para expresar los sentimientos.
- ❑ Adormecimiento emocional.
- ❑ Falta de fronteras.
- ❑ Sentimientos de soledad y pertenencia.
- ❑ Dificultad para ligar presente y futuro, proyectos utópicos.
- ❑ Avidéz de poder y control
- ❑ Pseudo-identidad, vacío interior.

Según Mario Souza Machorro (2000), los teóricos de la psicología profunda, cuando se refieren a la formación psicológica sana en la familia, respecto de la estructuración de la sensación del sí mismo que tiene cada una de las personas, derivada de la dinámica relacional y el ambiente familiar inicial de la vida, así como de la influencia que producirá después en las relaciones interpersonales, indican que esta condición psíquica es fundamental para la vida sana de los adultos.

En este sentido para Kohut (En: Machorro, 2000), la fijación de los impulsos y las deficiencias yoicas generalizadas no son primarias desde el punto de vista genético, ni centrales desde el punto de vista dinámico-estructural en relación con la patología; es el sí mismo del niño, el que como consecuencia de las respuestas empáticas seriamente perturbadas de los padres no se ha podido establecer con firmeza; y es el sí mismo

debilitado y propenso a la fragmentación el que, en el intento de asegurarse de que está vivo, incluso de que existe siquiera, se vuelve defensivamente hacia metas de placer a través de la estimulación de las zonas erógenas y luego en forma secundaria, provoca la orientación de los impulsos orales (y anales) y el sometimiento del Yo a las metas pulsionales correlacionadas con las zonas corporales estimuladas.

En otras palabras, lo que influye sobre el carácter del self del niño no es tanto lo que los padres hacen sino lo que son. Cuando los padres no presentan conflictos con sus propias necesidades, cuando es posible gratificar sus necesidades en términos realistas, cuando son y se muestran adaptables, cuando su autoconfianza es firme, entonces el orgulloso exhibicionista del self incipiente del niño (estructuración narcisismo compensador) encontrará una respuesta de aceptación (contención amorosa) que lo guiará hacia la conformidad, emulación y adaptación saludable.

En la misma dirección, complementan las ideas integrativas de Winnicott (En: Machorro, 2000) respecto de que el niño nace indefenso y es como tal un ser desintegrado que percibe de manera desintegrada los distintos estímulos que provienen del exterior. No obstante, nace provisto de una "tendencia al desarrollo". La tarea de la madre (o los cuidadores del niño) es brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo. En el sostenimiento o contención afectiva radica una función fisiológica e incluso física. En la medida en que estos cuidados son provistos adecuadamente (para lo cual indica este autor, es necesario sentir amor), el niño logrará integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás y adquirir un Yo sano. La madre funciona por tanto como un "Yo auxiliar" hasta tanto el pequeño logre desarrollar sus capacidades innatas de síntesis, integración,

etc. En tales circunstancias, el niño vive la contención afectiva exitosamente como una continuidad existencial. Por el contrario, sus fallas se traducen en una experiencia subjetiva de amenaza que obstaculiza el desarrollo normal al afectarse su experiencia del mundo circundante por la interpretación distorsionada que hace de él. Así, y siguiendo los lineamientos de Winnicott, la contención afectiva realizada por la madre se considera el factor que decide el paso del estado de no-integración que caracteriza al recién nacido al de su posterior integración, es decir el proceso de la preparación para la salud mental. Este vínculo físico y emocional entre la madre y el niño sienta las bases del desarrollo saludable de las capacidades innatas del individuo. En su defecto, cuando el "Yo auxiliar" provisto por la madre resulta insuficiente por cualquier razón, el niño puede recurrir a la construcción de un "Yo auxiliar falso" de que él mismo se hace cargo. A esta condición aparente e insuficiente funcional Winnicott la designa "falso self".

Los conflictos familiares a menudo se asocian a inadaptación emocional incluyendo síntomas depresivos, ansiosos, inadecuado manejo de enojo, incapacidad para la resolución no violenta de diferencias interpersonales, y baja autoestima, entre otros. Como puede deducirse, todas estas características aumentan la vulnerabilidad al abuso de psicotrópicos y a la vez impiden la recuperación una vez que se tiene un trastorno por dependencia a sustancias.

## **2. ENFOQUES PSICODINÁMICOS DE LA ADICCIÓN**

### **2.1. La drogadicción como neurosis del carácter y desórdenes del control de los impulsos**

Las adicciones son consideradas constituyentes de una neurosis del carácter y, además, presentan características que las hacen claramente pertenecientes a los desórdenes del control de impulsos.

La referencia de una neurosis del carácter está claramente explicada a través del tipo de estructura de la personalidad que tiene como característica el constante intento de satisfacción de las pulsiones instintivas, sin la adecuada acción modificadora del yo, tanto en lo referido a la conservación del principio de realidad externa como con la integración de cada impulso en el conjunto de las necesidades totales del individuo. Esta infiltración neurótica determina una estructuración caracterológica que se traduce en un comportamiento anómalo, disarmónico, impulsivo y desajustado, razón por la cual el sujeto entra en conflictos con su familia, el sistema social, el ámbito profesional y sexual, etc. (Coderch, 1991).

Según algunos autores, tales como Fenichel 1999 y Frosch 1990, las drogadicciones son consideradas como trastornos del control de impulso. El impulso es definido, en este contexto, como la expresión de una fuerte motivación en una determinada conducta, que tiene la cualidad de ser irreflexiva e impetuosa; en general, las personas sienten que el impulso es aparentemente irresistible y está acompañado de un alto grado de tensión. Los

impulsos pueden ser tanto transitorios y expresarse de manera gradual hasta llegar a su clímax, como presentarse en forma abrupta y violenta.

Es importante distinguir entre "acting out" e impulso, ya que ambos derivan de sustratos distintos. El acting out corresponde a una actividad inapropiada a su contexto, que representa el intento de satisfacción de una necesidad que no pudo ser resuelta por medios de los canales yoicos (reflexión, habla, pensamiento), a través de una acción sustituta regresiva que busca resolver el problema. En cambio, el trastorno de control de impulsos se caracteriza por ser un patrón de respuesta habitual de respuesta a la tensión, sin importar su fuente; no existe la significación simbólica ni las fantasías organizadas en torno a un tema característico del acting-out. La búsqueda de un esquema que refleje una fuente traumática original en los trastornos impulsivos estaría destinada al fracaso, en tanto que en el acting out es reconocible el intento de solución de un trauma a través de las distintas conductas regresivas. Si bien existen muchos tipos de trastornos del control de impulso, todos ellos poseen las siguientes tres características: egosintonía, distorsión mínima del impulso original y componente placentero.

Según Frosch (1990), los trastornos del control de impulsos tienen su base en hechos traumáticos reales, tanto a nivel fisiológico como psicológico, que inhiben el desarrollo del lenguaje y descalabran el equilibrio entre habla y acción; las personas con un trastorno en el control de impulso tenderían a usar la acción como medio preferente de expresión antes que lo verbal. El grado de organización de la acción, está determinada por el tipo de experiencia traumática y en el momento del desarrollo que se produjo; existirían tres experiencias traumáticas típicas que facilitarían la aparición de un trastorno del control de impulsos, las cuales serían:

- Experiencias tempranas de privación y vulnerabilidad, con abandono. El paradigma que corresponde aplicar es el de un carácter privado oralmente, con falta de habilidad para tolerar la frustración y soportar la demora en gratificación
- Absoluto cumplimiento de todas las necesidades, sin presencia alguna de frustración. Con esto, el potencial de desarrollo de la anticipación, la gratificación encubierta, la fantasía y demás capacidad simbólica se ve atrofiada, dificultando los procesos de retraso de la conducta.
- Experiencias en las cuales inicialmente se producían gratificaciones, pero las siguientes anticipaciones eran sistemáticamente frustradas. El tema de estos pacientes es el miedo al abandono y a la soledad.

## **2.2. Personalidad Adictiva**

Si bien existen controversias para diagnosticar o “etiquetar” a una persona con características que conforman la supuesta personalidad adictiva, para algunos teóricos psicoanalíticos sí existen connotaciones inminentes que intentan explicar su conducta y ofrecer de esta manera una ilustración de la misma.

Según Frosch (1990), las adicciones se caracterizan por una insaciable y recurrente búsqueda de sustancias (o incluso actividades), que inducen sensaciones y estados de placer, o que eliminan el displacer y la tensión. Esta búsqueda de la sustancia lleva a comportamientos indeseados y a cambios de la personalidad, los cuales pueden ser acompañados por una conducta errática e impulsiva, con un deterioro de las funciones físicas y psicológicas, así como por conducta antisocial y disturbios en la vida social y



ocupacional. Se produce una progresiva dependencia de la sustancia que lleva a aumento de las dosis; la falta de sustancia lleva a reacciones físicas y psíquicas características. Los adictos, como el resto de las personas con problemas de control del impulso, no pueden tolerar la tensión derivada de la ansiedad, frustración, soledad u otra forma de afecto o estado depresivo del “yo” debido a su falta de capacidad para retrasar la acción en relación al impulso; además comparten la necesidad de estabilidad; de recuperar el estatus del “yo”, los intentos de enfrentarse a defectos producidos por factores del desarrollo, etc.

El estilo de vida del drogadicto está basado en las actividades necesarias para procurarse drogas y consumirlas. Se produce una nulificación de los otros intereses de la vida, incluyendo el sexual, que a la larga lleva a un severo déficit conductual, incluso en conductas tan simples como comprar en el supermercado.

Las drogas ejercen un impacto determinado en función del tipo de necesidad psíquica que tiene el sujeto, funciones que en condiciones normales serían operativas o potencialmente operativas. Algunas drogas (las más adictivas) funcionarían como barreras del estímulo, que impedirían la interrupción de la tranquilidad; si bien el individuo puede ser muy agresivo con tal de conseguir su dosis, tras obtenerla puede volverse muy pacífico. Otras drogas pueden cumplir el rol de entregar una ampliación de la conciencia o un incremento de la riqueza de la estimulación sensorial (marihuana, LSD, alucinógenos en general), en tanto que otras drogas proveen energía y sentimientos de grandiosidad y omnipotencia (anfetaminas y cocaína).

Se presentan diferencias en las causas de la adicción de acuerdo a la posición social de la persona. Por lo general, las personas de escasos recursos llegan a la droga más por

factores externos que las personas de nivel socioeconómico alto; además, la privación constante lleva a defectos en la función anticipatoria del “yo”, lo que lleva a rabia y frustración que se expresa en el uso de drogas como forma de rebelión frente a la sociedad frustradora.

Según las características de la personalidad, se establecen relaciones específicas con las sustancias adictivas. En el análisis de los drogadictos, se han encontrado características de órdenes muy diferentes y sin embargo, comunes y presentes en casi todos ellos, ya sean consumidores de drogas duras o blandas y tolerados o no por la sociedad. La entrevista estructural de Kernberg, O., (1987) resulta de gran utilidad para el diagnóstico de la personalidad y sus rasgos. A continuación se enumeran algunos síntomas, rasgos y conductas características, Frosch (1990):

- Conducta compulsiva; deficiente control de impulsos
- Falta de tolerancia a la frustración
- Inestabilidad afectiva
- Defensas primitivas
- Alteraciones de la identidad
- Juicio alterado de la realidad
- Fallas en las sublimaciones
- Estructuras depresivas; negaciones masivas
- Actitudes y conductas fluctuantes, ambivalentes e influenciabiles
- Falta de autoestima
- Predominio del pensamiento mágico
- Evaluación clínica del uso de sustancias psicoactivas

### **2.3. La Dinámica Clásica**

A pesar que Freud no dedicó ninguno de sus trabajos en particular a las toxicomanías, a lo largo de sus escritos pueden encontrarse numerosas referencias, las cuales han servido como punto de partida para las posteriores investigaciones psicoanalíticas. Freud opina que la adicción es el resultado de fuertes fijaciones orales (Coderch, 1991), que suelen estar asociadas a traumas infantiles tales como madres sobre-protectoras, negligencia materna o frustración de la necesidad de dependencia (Sue, 1996). Al mismo tiempo, considera que la adicción primaria es la masturbación y que las otras adicciones son únicamente sustitutas de ésta.

Radó (En: Coderch, 1991) señala que en la adicción a las drogas es revivido el "orgasmo alimentario" que experimentó el niño durante la lactancia, y que la excitación sexual perteneciente a las fases edípicas es descargada a través de dicho orgasmo alimentario en lugar de serlo mediante la masturbación. La función de la droga es también proporcionar a estos individuos un estado placentero que varía grandemente en calidad e intensidad y puede considerarse de naturaleza erótica, de manera tal que en la adicción a las drogas la intoxicación se ha convertido en una meta de tipo sexual; a esta orientación que busca la gratificación del "orgasmo alimentario" en las drogas se le denomina farmacotimia. Esto da lugar a que la totalidad del aparato sexual periférico quede marginado, desarrollándose un estado de "metaerotismo", lo cual coincide con la observación de que la mayoría de los drogadictos van desinteresándose progresivamente del ejercicio de las funciones sexuales.

También subraya Radó la importancia de la disposición narcisista en los drogadictos; los individuos que han permanecido fundamentalmente narcisistas reaccionan a la frustración con tensa y dolorosa depresión, asociada a su básica intolerancia al sufrimiento; lo cual sensibiliza al sujeto al efecto analgésico y productor de placer de la droga, a consecuencia de lo cual se origina la farmacotimia. La droga por tanto, ejerce su función disminuyendo el sufrimiento moral y produciendo euforia, por lo que podemos decir que se halla al servicio del principio del placer. Durante la elación farmacógena, el yo recupera su original estado narcisista, en el cual existe una mágica satisfacción de todas las necesidades y un sentimiento de omnipotencia. Pero la elación es transitoria, la depresión sobreviene a continuación y, consecuentemente, se hace necesaria una nueva euforización farmacológica, originándose un proceso cíclico. La farmacotimia es, pues, un trastorno narcisístico en el cual se produce una ruptura, por medios artificiales, de la organización del yo. La droga ocasiona una inflación del narcisismo e impide la toma de conciencia de la progresiva autodestrucción, a causa de que la elación farmacológica ha reactivado los sentimientos narcisistas de inmortalidad e invulnerabilidad. Es debido a este hecho que, en muchas ocasiones, los adictos ingieren drogas sobradamente letales sin pensar que pueda fallecer a consecuencia de ellas, explicando después que realizaron la ingesta únicamente para asegurarse un buen sueño.

Según Fenichel (1999), el abuso de sustancias no estaría determinado por los efectos químicos de las sustancias, sino por la reacción psicológica ante dichos efectos. En ocasiones, el uso de drogas es legítimo en cuanto entrega una protección frente al estado del ánimo de la persona. Así, las drogas estimulantes le permiten a la persona triste sentirse mejor y actuar de modo tal de mejorar las condiciones que le han causado pena,

en tanto que las drogas sedantes pueden evitar alteraciones conductuales graves en personas con situaciones de estrés agudas. En el caso del adicto, empero, la droga toma un papel especial, ya que si bien en un primer instante cumple con el rol de ser un consolador frente a las situaciones externas, posteriormente se convierte en un satisfactor del primitivo anhelo oral de naturaleza sexual, el cual está acompañado del deseo de mantener la seguridad y conservar la autoestima a toda cosa.

Estaríamos en condiciones de decir, entonces, que existiría una personalidad premórbida en el adicto; en ella existiría una necesidad de satisfacción oral más profunda que la de las personas normales; las zonas de excitación principales son la piel y la oral, las que están relacionadas con la autoestima y la existencia.

Siguiendo los lineamientos de este autor, el adicto abandona la genitalidad e inicia una regresión profunda, que puede llegar a un nivel tal que la libido pierde su estructuración, convirtiéndose en energía amorfa sin organización específica, tal cual como se da la orientación oral temprana en el bebé. Se desechan las relaciones objetales, que nunca fueron muy importantes, dando cuenta de un narcisismo pasivo, en el cual la persona se preocupa de su propia satisfacción, no la del compañero; los objetos son meros proveedores de suministros. En etapas más avanzadas de la adicción, con la carencia de objeto, se suceden etapas de elación y depresión, similares a las etapas de hambre/saciedad del bebé indiferenciado. Cada vez se acentúa más el componente depresivo, por la tolerancia física y psicológica a la droga, necesitándose una mayor dosis como protección contra el hambre y la culpa producida por la propia desintegración mental.

Knight (En: Coderch,1991) estudia la configuración familiar del adicto, llegando a la conclusión de que ha existido en la infancia de éste una madre sobreprotectora e indulgente que ha tratado de apaciguar al niño con repetidas gratificaciones orales, siendo la figura paterna sumamente desvalida y falta de firmeza. Como resultado de esta política de sobregratificación, el niño no aprende a desarrollar mecanismos de autocontrol, reaccionando con rabia destructiva cuando se siente frustrado. Este proceso alternativo de rabia y de apaciguamiento oral es intensificado por un padre inconsistente que, de forma imprevisible, gratifica a veces y frustra otras. Así se forma una personalidad organizada fundamentalmente sobre una pauta de dependencia, temor al rechazo e insaciables sentimientos de culpa e inferioridad. Estos sujetos reaccionan posteriormente ante cualquier frustración con fuertes impulsos agresivos, lo cual origina sentimientos de culpa que precisan una reparación masoquista que es proporcionada por los efectos de las drogas, reforzándose a través de ellas las necesidades de gratificación oral y la conducta irresponsable.

#### **2.4. Perspectiva Kleiniana**

Desde una perspectiva Kleiniana, Glover (En: Coderch, 1991) manifiesta que en la adicción funciona un mecanismo mental según el cual los objetos peligrosos introyectados pueden ser convertidos en buenas sustancias, y éstas pueden utilizarse para expulsar o neutralizar los malos objetos. Según este autor, las fantasías de los drogadictos representan una condensación de dos sistemas primarios, en uno de los cuales el niño

ataca y más tarde restaura el cuerpo de la madre, mientras que en el otro, la madre ataca y luego restaura el cuerpo del niño.

Glover destaca la particular función defensiva de la adicción a la droga, considerando que el objetivo de esta función es controlar los ataques sádicos de otros sujetos, ataques que se encuentran en la zona intermedia entre los que conforman la base de la paranoia y los síndromes obsesivos. Considera que el sadismo juega también un papel muy importante en el hecho que el sujeto elija, para su adicción, una droga muy dañina u otra más benigna; desde este punto de vista, la droga es sentida como una sustancia (objeto parcial) con propiedades sádicas que pueden existir a la vez en el mundo externo y en el interior del cuerpo, pero que ejercen sus poderes sádicos únicamente cuando se hallan en el interior. Esta situación representa una transición entre el sadismo amenazador externalizado propio de los estados paranoides y el sadismo actual internalizado de los estados melancólicos.

Rosenfeld (1965) vincula la dependencia a las drogas con los mecanismos de defensa maníaca que tienen su origen en la temprana infancia, durante el predominio de la posición esquizo-paranoide. Estas defensas maníacas son modificadas posteriormente cuando se alcanza la posición depresiva, por lo cual se hallan ligadas a la vez a las ansiedades paranoides y a las depresivas.

La droga, según Rosenfeld, simboliza un objeto ideal que puede ser incorporado, a la vez que el efecto farmacotóxico es empleado para reforzar la omnipotencia de los mecanismos de negación y disociación. En este caso, la droga es utilizada para anular y negar cualquier situación u objeto persecutorio. Al mismo tiempo, la droga puede ser relacionada directamente con las ansiedades persecutorias y los impulsos sádicos, en

cuyo caso es sentida como una mala sustancia, simbolizando su incorporación una identificación con los objetos malos y destructivos que son sentidos como persecutorios a la vez para el self y para los buenos objetos. Cuando esto ocurre, la droga incrementa el sentimiento de omnipotencia referido a los impulsos destructivos, lo cual puede dar lugar a un comportamiento enormemente agresivo por parte del sujeto, agresividad que es dirigida, al mismo tiempo, contra el exterior, pero también contra el propio self y los objetos internalizados.

Rosenfeld considera de fundamental importancia para la comprensión de la dependencia a las drogas tener en cuenta que el drogadicto se halla fijado a la posición esquizo-paranoide pese a que ha alcanzado ya, parcialmente, la posición depresiva. Sin embargo debe tenerse en cuenta que son únicamente el yo del enfermo y los mecanismos de defensa los que han regresado a tal posición, mientras que, en lo que se refiere a las relaciones de objeto y los niveles libidinales, la regresión es mucho menos marcada.

## **2.5. La naturaleza objetal/objeto transicional de una adicción**

La naturaleza objetal de la conducta adictiva es central para muchas teorías de la adicción. La formulación original de Winnicott del objeto transicional (1951) describía a éste como una adicción. Kernberg (En: Coderch, 1991) describe diversas dinámicas objetales en la adicción: puede reemplazar a una imago parental en la depresión o a una madre toda bondad en una personalidad borderline, o puede alimentar un sentimiento grandioso del self en el narcisismo. Wurmser (1995) describe el terror a la separación y considera la intensa vergüenza y rabia manifestada en la conducta adictiva en parte como



un intento de mantener una conexión con los objetos. Las importantes contribuciones de Wurmser (Ej. 1974, 1978,1981) incluyen a la dinámica de dificultad de internalizar las interacciones con los padres como formando parte del funcionamiento efectivo del superyó; lo que trae como resultado la alternancia entre el sometimiento a prohibiciones internas poco razonables, por un lado, y las conductas adictiva rebeldes y completamente desordenadas, por otro.

Como otro tema, la función del sistema de negación de una adicción es la de proteger la relación con la adicción; la misma es parte de la fisiopatología de la enfermedad. Aunque los aspectos genéticos, biológicos o sociales pueden contribuir al curso de la enfermedad, no definen su esencia.

En la adicción, las conductas son compulsivas por razones caracterológicas, dado que proveen una sensación constante de estar acompañado. Los individuos adictos no son capaces de satisfacer sus necesidades de dependencia de forma adecuada en una relación humana y no son capaces de tolerar el estar solos. Su necesidad de permanencia del objeto se provee mediante cualquiera de las actividades compulsivas elegida. Se elige una adicción en particular en función del entorno y del género y puede cambiarse cuando las condiciones ambientales varían.

Johnson (1999), nos dice que un defecto que ocurre durante el desarrollo preedípico se hace manifiesto como una adicción durante la adolescencia, debido a que el adolescente necesita dejar a sus padres y sin embargo carece del desarrollo interno para sobrevivir sin ellos. El adolescente no tiene un sentimiento de confianza en la permanencia del objeto. Esta propiedad de la memoria es internalizada por la mayoría de los niños durante el período que transcurre entre el año y los tres años de edad mediante

un proceso de separarse y reaproximarse facilitado por los padres, el “reabastecimiento emocional”. El niño en desarrollo gradualmente comienza a poseer un sentimiento interno de estar acompañado por los padres a nivel mental sin necesitar de los padres concretos como una presencia constante que asegure la protección. Especialmente durante el período de “reaproximación”, de dieciséis a veinticinco meses, el niño se ve invadido por fantasías llenas de furia de destrucción parental por los deseos omnipotentes de que el mundo se ajuste a sus propios deseos. Los adultos facilitadores deben ayudar a contener los impulsos agresivos de una manera segura. Las reglas y prohibiciones de los padres adultos son internalizadas como el superyó (un sentido internalizado de qué comportamientos están permitidos y cuales deben restringirse o controlarse). Puede ser que la falta de capacidad para negociar este paso tenga mucho que ver con el ambiente creado por los cuidadores para el niño. Las interacciones premórbidas entre el niño y sus padres que predisponen a la adicción fueron descriptas por Shedler y Block 1990, (En: Johnson 1999). Se ha sugerido la hipótesis de que los niños que sufrirán adicciones no internalizan la permanencia de objeto durante el período preedípico y tienen un temor específico de que sus impulsos agresivos puedan destruir los objetos propios en los que confían. La falta de capacidad para usar las prohibiciones del superyó hace que sus impulsos agresivos se vuelvan atemorizantes. Años después, los niños deben enfrentarse con la necesidad de separarse de su familia de origen y responden adquiriendo una adicción. El adolescente que ha adquirido una adicción recientemente está extremadamente contento. La ansiedad de aniquilación previamente experimentada ha cedido su lugar a la relación idealizada con una conducta adictiva.

El uso de una adicción, entonces, es semejante a los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas de Kernberg, (1988). En el narcisismo, la falta de capacidad para tolerar la soledad se resuelve por la dependencia en un conjunto interno organizado de fantasías idealizadas que permite al individuo ser indiferente a las idas y venidas de las relaciones reales. En un individuo con personalidad borderline, la inestabilidad afectiva activa una necesidad constante y desesperada de ser consolado y tranquilizado por una persona idealizada. En la adicción, la relación no es con fantasías internas idealizadas ni con personas idealizadas sino, más bien, con una conducta adictiva idealizada.

### **3. ADICCION EN LA MUJER**

Sin duda, la adicción no es una cuestión de género puesto que tanto los hombres como las mujeres son susceptibles de caer en ella. Lo cierto es que en la adicción, ambos sexos cuentan con algunas semejanzas, pero también con diferencias.

Las actitudes habituales acerca de la mujer adicta y la tolerancia hacia la conducta de la mujer que por ejemplo bebe generalmente han estado en función de las actitudes que tiene tal o cual sociedad tanto hacia el sexo femenino como hacia el alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Cuando hablamos de la mujer adicta, en la mayoría de la gente surgen imágenes desagradables de mujeres de la vida alegre, las que descuidan su hogar, a su esposo y a sus hijos, que caen en lo más bajo, mujeres sin hogar, oficio ni lugar.

La mujer que ingiere alcohol o utiliza algún estimulante dice hacerlo por diversas razones, como por ejemplo: para sentir placer, ser más social, para no sentir la soledad, para poder aguantar a los niños, para relajarse antes de una junta, para levantarse antes de salir de compras, para poder tener relaciones sexuales, para perder peso, para poder dormir o despertarse, para aliviar la fatiga, por falta de confianza en sí misma, aburrimiento, frustración, alivio del estrés... La lista es infinita.

En cuanto a lo psicológico, la mujer adicta generalmente nunca se siente suficientemente buena, atractiva, exitosa, maternal, femenina, fuerte. En las primeras fases de la enfermedad, se esfuerza en tener casa e hijos perfectamente limpios, trata de ser una “supermujer”, de dar gusto a todos, encuentra mucha dificultad para decir no, trabaja más que otros (en lo profesional o en casa, haciendo reuniones, cenas, etcétera);

espera lo imposible de sí misma y de los demás. El alcohol o las drogas pueden ayudar a disminuir el dolor de este estilo de vida, pero sólo temporalmente.

Sufre de sentimientos de desesperanza y de desamparo. Su autoestima queda en el suelo igual que su concepto de sí misma, se aísla más y se preocupa solamente por la ingesta. Llega a perder la confianza de sus seres queridos y se queda completamente sola, sin esposo, hijos o amigos. Puede llegar a pensar en el suicidio y posiblemente intentarlo. La adicción en las mujeres casi siempre está acompañada de depresión emocional.

Las relaciones interpersonales son problemáticas ya que son caracterizadas por resentimiento y una respuesta agresiva anticipada, debido a la amenaza constante por parte del ambiente.

En cuanto a la ansiedad, las mujeres adictas presentan mucha angustia al enfrentarse a diversas situaciones de la vida. Es probable que las características de la persona sean: incapacidad para tomar decisiones rápidas, exigencia hacia sí misma y ocasionalmente hacia los demás, reducción en la tolerancia hacia las propias fallas o a las de otros. Cuando la angustia es alta, entonces aparecen mecanismos de defensa, principalmente un uso exagerado de la intelectualización..

Algunos estudios han demostrado que las mujeres adictas presentan las siguientes características:

- No tienen autoestima o es baja
- Experimentan mucha depresión
- Tienen sentimientos de culpa
- Las más de las veces solas, deben combatir su alcoholismo porque nueve de diez esposos las dejan
- No hay un equivalente masculino a la ama de casa que bebe
- Las mujeres no sólo sufren de adicción sino de identificación de roles

- A las mujeres les falta una imagen clara de su rol de mujeres, debido a la confusión que de ello ha creado nuestra cultura
- Las mujeres adictas sienten que han fallado como esposas, como madres, como mujeres
- Se sienten culpables porque la sociedad las hace sentir así
- Todas las mujeres viven en una sociedad sexista (Bishop A., 1994).

Pero esta manera de conceptualizar a la mujer adicta no es nada nueva. Los griegos, por ejemplo, renombrados por gustar del placer, criticaban duramente a la mujer que abusaba del alcohol; la veían como una madre que dañaría a sus hijos mediante el abandono, la indiferencia por parir hijos defectuosos, e igualmente como alguien con la capacidad de subyugar al hombre y destruirlo.

La condición humana siempre ha sido algo paradójica para la mujer; ha sido idealizada o despreciada según las costumbres prevalecientes y la ideología de la época.

Hoy en día, a pesar de que los roles que puede jugar la mujer se han ampliado en la cultura occidental, todavía es vista en primera instancia como esposa y madre. Esta manera dicotómica de conceptualizar a la mujer también tiene sus repercusiones cuando se habla de la mujer adicta. Entonces, es un hecho que la sociedad tiene dificultad en reconocer la adicción como enfermedad a pesar de las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones renombradas, en especial cuando se trata del sexo femenino.

En resumen, la adicción en la mujer tiene efectos bio-psico-sociales que difieren de los del hombre; su estructura anatómica y su funcionamiento es distinto, así como el manejo emocional de eventos y situaciones. Sus relaciones con la familia y con los demás tampoco son iguales, debido al rol que ocupa tanto dentro de la sociedad como en la familia. Cuando se trata de la madre, existen pocas personas que quieren creer que puede

ser adicta, y menos hablar de ello. La mayoría la justificará culpando a su salud, sus nervios, la presión social, hasta que finalmente llega el momento en que no se puede ignorar.

En el plano internacional, antes de 1914, en el escenario norteamericano, el involucramiento de mujeres con el uso de drogas estuvo ligado al uso ampliado de medicaciones que contenían opiáceos. La mayoría de los consumidores de opiáceos durante este periodo fueron mujeres y aunque hubo intentos de prohibir el consumo de alcohol, no se logró nada con los opiáceos. Después de que el Acta de Harrison de 1914 (Revista Opción, 2002) prohibiera el uso de opiáceos no prescritos, los nuevos adictos tendieron a ser varones. Desde 1970, sin embargo, las mujeres constituían el 30% en los programas de tratamiento para la heroína. Más del 50% de mujeres entre los 18 a 35 años que respondieron a la investigación del NIDA (National Institute of Drug Abuse) a mediados de la década de 1990, reportaron que ellas habían usado alcohol en el mes pasado, mientras que aproximadamente el 5% reportaron uso de drogas ilícitas en el mismo intervalo.

De los datos extraídos de la base del Sistema Informático para Farmacias (SIFAR) en las Islas Canarias para 1990, el 43.50% de la población general había consumido medicamentos, siendo este porcentaje más alto para mujeres (48.36%) que para los varones (38.66%) (Servicio Canario de Salud 2000, En: Revista Opción 2002). En consecuencia muchas personas consumen psicofármacos con o sin prescripción médica.

A su vez, las mujeres entre 20 y 40 años tienen tantas probabilidades como los varones de haber usado marihuana. La marihuana es la droga ilícita mas usada entre mujeres. En el NIDA (mediados del 90) 10% de mujeres menores de 35 años reportaron

uso de marihuana en el mes pasado. Los estudios longitudinales de abuso de sustancias entre mujeres identificadas en escuelas secundarias han revelado que en reentrevistas 10 años después, hubo una relación lineal entre el uso de marihuana creciente y el uso de otras drogas ilícitas. El efecto a largo plazo de la marihuana ha sido difícil de separar del uso de polisustancias.

Dentro de las características clínicas, los estudios han encontrado que mujeres con abuso de sustancias, tenían más probabilidad de haber sido víctimas de abuso sexual y físico especialmente en la infancia, que las mujeres con diagnóstico primario de abuso de sustancias (Brady, Killeen, Saladin, Dansky y Becker, 1994 En: NIDA 1999). Asimismo, el 70% de las mujeres que dicen haber abusado de las sustancias psicoactivas; también declaran antecedentes de maltrato físico y sexual (NIDA, 1999). A su vez, es importante tener en cuenta que el abuso sexual temprano ha sido asociado no sólo al consumo de drogas sino a otras condiciones como son la prostitución, prácticas sexuales inseguras, serios problemas de pareja y de relación heterosexual, homosexualidad, trastornos depresivos crónicos (distimias), trastornos alimenticios, al igual que algunos trastornos de personalidad graves como los limítrofes, todo lo cual revela la complejidad de la adicción en la mujer.

En cuanto a factores psicológicos predictivos del consumo excesivo de alcohol se disponen de algunos estudios longitudinales prospectivos; de un lado, se halla el estudio de Crecimiento de Oakland y de otro lado el de Filmore en la década de 1970. El primero encontró que los sentimientos de baja autoestima, al igual que deficiencias en las habilidades de afrontamiento han sido correlacionadas en el futuro de la mujer como predictores del consumo de alcohol excesivo o problemático. De otro lado, el segundo



estudio halló que las mujeres utilizaban el alcohol como forma de automedicar una deficiencia psicológica, por ejemplo, bebían para superar una timidez, o como forma de autoestimularse o para relacionarse mejor en los vínculos con parejas del sexo opuesto (Blume 1998 En: Revista Opción 2002).

En el campo de la salud mental y en especial en el problema de las drogas, los estudios sobre la especificidad del malestar de las mujeres han sido escasamente desarrollados. Tradicionalmente, los programas de rehabilitación para adictos fueron diseñados por y para varones y las necesidades específicas de las mujeres no fueron suficientemente consideradas. Los programas de prevención del abuso de drogas, en general, no han incluido las diferencias entre varones y mujeres como una variable a considerar en sus diseños e implementación. El hecho de que los patrones de consumo, las causas y las consecuencias del abuso de drogas en la población femenina difieran del de los varones y que los factores que contribuyan a esa diferencia sean complejos e incluyan una perspectiva relacional es algo que no se acepta generalmente o al menos no se subraya en toda su magnitud y relevancia.

El término "población especial", con el que algunos expertos denominan a la población femenina, da cuenta de una sobregeneralización en la que el estándar que se utiliza como referencia válida es el que corresponde al consumo de los varones. Si bien la población adicta a drogas ilegales sigue siendo en nuestro país y en otros de Latinoamérica y del mundo mayoritariamente masculina, se registra una tendencia al aumento del consumo en la población femenina en los últimos años, que requiere ser tenido en cuenta a fin de rediseñar alternativas de tratamiento y prevención que respondan a las necesidades de las mujeres adictas.

Históricamente, los estudios sobre el problema de las drogas en las mujeres estaban dirigidos a destacar el riesgo del consumo para la salud del feto. Por otra parte, los problemas de adicción se vinculaban en las mujeres a problemas psicopatológicos (psicosis graves y neurosis) siguiendo una tendencia a psiquiatrizar los signos de padecimiento femenino.

Estas consideraciones iniciales permiten inferir que la inclusión del género resulta fundamental para poder abordar el tema mujer y drogas, desde una perspectiva que pueda dar cuenta de su especificidad e importancia.

Se comprende por "género", la producción cultural que atribuye diferentes roles y conductas esperadas a las personas según su sexo biológico. La socialización prepara a los hombres para dominar y transformar el mundo y a las mujeres para reproducirlo. De las mujeres se espera en general que sean dulces, sumisas, dependientes, sacrificadas, pacientes, maternas, abnegadas, dóciles, aceptadoras, dispuestas a hacer cosas por los demás, a postergar sus necesidades, etc. A los hombres, en cambio, se los prepara para ser dominantes, fuertes, valientes, seguros, activos, racionales, etc. Para las mujeres, las relaciones sociales y los vínculos son eficaces y necesarios para aumentar la autonomía y la autoestima. Del mismo modo la desconexión y el aislamiento, son fuentes de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima.

No se trata de que los hombres no necesiten desarrollar vínculos de intimidad y reciprocidad sino que para ellos el sentido de identidad no está puesto en las relaciones.

Muchas mujeres que usan drogas han presentado en su historia de vida graves problemas psicosociales. También hay datos que señalan que existen más posibilidades de historia de alcoholismo y dependencia a drogas en sus padres. Otros problemas de

salud que presentan frecuentemente y en forma severa las mujeres adictas son: infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis, osteoporosis, algunas formas de cáncer, etc., lo cual complica todavía más el consumo de sustancias adictivas.

Algunos estudios sugieren que después del uso experimental de drogas, la mujer puede desarrollar dependencia más rápidamente que el hombre a algunas sustancias. Cuando la mujer comienza a recibir tratamiento puede presentar una severidad adictiva mayor que el hombre y, requerir necesidades diferentes de tratamiento.

En el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo existen diferencias claramente delimitadas entre hombres y mujeres. Entre las variables diferenciales que se han mencionado destacan: redes sociofamiliares diferentes, mayor vulnerabilidad biológica (más lesiones y progreso más rápido, más efectos tóxicos con dosis menores, más historia familiar de abuso); mayor vulnerabilidad psicosocial (parejas con trastornos por abuso de sustancias, mayor prevalencia de psicopatología, más acontecimientos vitales estresantes incluyendo abuso sexual, malos tratos en la infancia y en la adolescencia, disfunciones sexuales, etc); más consecuencias sociales (no aceptación social, soledad, complicaciones sociolaborales, pérdida de apoyo social incluyendo divorcios y separaciones, marginación); y más consecuencias psicológicas (depresión, más tentativas suicidas, más suicidios, más ansiedad, mayor deterioro cognitivo).

Un factor importante para considerar en el tratamiento de las mujeres adictas es tener un apoyo continuo en el seguimiento para prevenir recaídas. Se han señalado mayores índices de fracaso terapéutico en la mujer, en parte porque éstas acuden frecuentemente solas a tratamiento, bien porque la familia desconoce la situación, bien porque no presta apoyo o, bien porque creen poder afrontar el tratamiento ellas solas. Lo que se produce es

un abandono más temprano del tratamiento. También se ha encontrado que las mujeres en tratamiento presentan más problemas psiquiátricos, médicos y sociales que los hombres. Las mujeres diagnosticadas con trastornos mentales y abuso de sustancias presentan una variedad de dificultades que requieren intervención múltiple (problemas de salud, inestabilidad en vivienda, sin techo, historia de abuso sexual).

En 1983, una publicación del NIDA (Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas del gobierno norteamericano ) llegó a la siguiente conclusión (En: Revista Opción, 2002):

"....muchos de los problemas de las mujeres consumidoras no son menores, iguales o superiores a los de los hombres consumidores, sino que son propios de las consumidoras femeninas y con necesidad de explicarlos desde su propio marco de referencia".

A partir de los años 70, varios grupos pertenecientes al movimiento de mujeres, señalaron el uso abusivo de tranquilizantes por parte de éstas, especialmente las de mediana edad y mayores. Dos tercios de prescripciones de psicofármacos (tranquilizantes menores y antidepresivos fundamentalmente) están dirigidas a mujeres. Este hecho permite plantear otros interrogantes en función de la edad, status social y marital de la mujer y formas de adquisición de las llamadas "drogas legales" ya que , mayoritariamente son recetadas en la consulta médica (Opción, 2002).

Volviendo al problema de las drogas, la inclusión del tema del género, permite considerar como importantes los siguientes factores :

- La importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo a la desconexión (en especial respecto del varón-pareja) es un factor de riesgo para el uso de sustancias. Muchas mujeres se inician en el consumo a partir de su relación con un varón adicto (para comprenderlo más, para compartir amistades y experiencias, para no dejarlo solo, para complacerlo, etc.).

- La tendencia a sostener y cuidar los vínculos (extensión del rol materno) persiste en las mujeres adictas, mientras que los varones en esa situación en general " se van" o delegan el cuidado y acompañamiento en otros familiares (en general otras mujeres).
- Las conductas de transgresión, socialmente disruptivas, son más severamente sancionadas en las mujeres , porque de acuerdo al patrón cultural, están asociadas con lo masculino. Esto determina sentimientos de culpa, vergüenza, e incapacidad que pueden llevar a las mujeres a ocultar su adicción o bien a no solicitar tratamiento.

Hay secuelas o consecuencias de la adicción que son propias de la mujer y que deben tratarse especialmente. Por ejemplo el maltrato o la tríada, depresión, soledad y baja autoestima es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, lo que debe tratarse con suma delicadeza.

En Panamá, si bien se han efectuado diversos estudios (Conapred, Hogares Crea, Hospital Psiquiátrico, Cruz Blanca, Ministerio de Salud, etc.) a través de distintas instituciones y organizaciones, se considera imperativo tomar en cuenta lo antes expuesto para incluir dentro de los programas de Salud Mental, la característica diferencia de género, siendo en este caso el de la mujer, como tratamiento exclusivo en su lucha contra este flagelo, que no solamente afecta al gremio familiar, sino a toda una sociedad y cultura.

#### **4. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LA ADICCIÓN**

Por medio de las distintas corrientes teóricas que explican el fenómeno de la adicción, nos encontramos casi siempre trastornos concomitantes. La duda de que “si fue primero el huevo o la gallina” es un tema de nunca acabar, el debate solo nos sirve para comprobar la existencia de una sintomatología determinada.

Este es el caso de la depresión y la ansiedad manifestada en la conducta adictiva. En la mayoría de los casos son comprendidas como parte del proceso de desintoxicación o abstinencia, también como parte de los efectos de las drogas y como se menciona en líneas anteriores como trastornos o rasgos concomitantes.

Es el mismo sujeto que manifiesta que su consumo lo ayuda a disminuir su ansiedad, anhedonia, baja energía, los sentimientos de minusvalía, desesperanza, tristeza, culpa, ya que se considera incapaz de resolverlos o enfrentarlos por sí mismo. Una manera de detectar estos síntomas es cuando el paciente busca ayuda para combatir su adicción, y de esta manera manifiesta su malestar con relación a la ansiedad y depresión.

Los síntomas depresivos inducidos por sustancias remiten normalmente durante las primeras semanas de abstinencia. Puede que el problema con la droga no provoque por sí solo una depresión clínica, pero sus efectos sobre otras circunstancias de la vida (rupturas de relaciones, desempleo, etc.) y las sensaciones de culpabilidad y desesperanza pueden aumentar el riesgo de depresión. La tensión que supone enfrentarse al problema de la adicción (intentando quizás ocultarla) puede agravar también el estado de ansiedad. El abuso de sustancias en grandes cantidades produce de por sí una sintomatología ansiosa y

su efecto aumenta el sufrimiento psicológico. Esto hace que el adicto se sienta más deprimido y que aumente su ansiedad progresivamente durante su estado de intoxicación crónica. La abstinencia puede desencadenar síntomas agudos, especialmente cuando se ha desarrollado dependencia física (agitación, ansiedad, depresión, irritabilidad y alteraciones del estado de ánimo, durante períodos de hasta seis semanas). Puede que sea difícil distinguir entre estos síntomas y las manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión, tal y como se mencionó anteriormente.

Las manifestaciones psíquicas comienzan como modificaciones del carácter: aumento de la emotividad, irritabilidad, impulsividad, celos, inestabilidad del humor con crisis depresivas frecuentes. Conjuntamente aparecen las alteraciones intelectuales, con disminución del rendimiento, dificultad para concentrarse y en la atención, cierta confusión de los procesos intelectuales, reducción de la eficiencia profesional, ausentismo y regresión del comportamiento y de las relaciones sociales.

La relación entre la ansiedad y la depresión se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente relacionadas. La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema; la solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión.

Los investigadores descubrieron que las mujeres usan drogas para aliviar el estrés y las depresiones, para tolerar eventos traumáticos como abusos sexuales durante la infancia, relaciones abusivas con varones dominantes, alcoholismo o drogadicción

familiar; además para reducir inhibiciones y obtener una falsa sensación de independencia, euforia y aceptación por parte de los pares.

El estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia en 1993 (En: Revista Opción, 2002), encontró una alta asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y percepción de ansiedad, depresión e intento de suicidio.

Teóricos psicoanalistas como es el caso de Rosenfeld (En: Coderch, 1991) nos dicen que en lo que concierne a las relaciones de la dependencia a las drogas con la depresión, lo esencial es la identificación con un objeto enfermo o muerto. La droga representa dicho objeto y drogarse implica una incorporación del mismo; el efecto farmacotóxico refuerza la realidad de la introyección del objeto y de su identificación con él. De este modo, la droga aparece como el símbolo de la parte mala disociada del self y su aplicación correspondería a la retroinyección de este mal self.

Encontramos diferentes factores de riesgo, que tienen una vinculación relativa y no constituyen causa suficiente para el uso indebido y abuso de drogas: agresión, carencias afectivas, trastornos de personalidad, aislamiento, sobreexigencia en las tareas de la mujer, etc. Muchos de estos factores de riesgo son, a su vez, consecuencias de la violencia. Esto podría reforzar la hipótesis de la correlación existente entre violencia contra la mujer y abuso de drogas. Por su parte, los trastornos depresivos se convierten en el principal síntoma en el cual la persona se ve a sí misma en forma negativa, como perdedora y sin posibilidades de vivir en forma adecuada. Asimismo tiende a refugiarse en el pasado: «Cuando era joven», «Cuando era soltera», «Si hubiera sido», y a reprocharse e inculparse. Esto lleva en algunos casos a una imposibilidad de tomar en cuenta la realidad en forma operativa y de visualizar apropiadamente el futuro. La



percepción de sus limitaciones y la falta de perspectivas llevan, en muchas ocasiones a intentos de autoeliminación, a conductas autodestructivas y, en los casos más graves, al suicidio (Wills y Hirky, 1996; Orte, 1999 En: Revista Opción 2002).

Por lo anterior, me atrevo señalar que lo más significativo radica en el hecho de que si bien diferentes estudios demuestran más incidencia de estos síntomas en la mujer, un agravante es que los mismos puedan encontrarse “solapados, escondidos, omitidos” y de esta manera el tratamiento y la búsqueda de ayuda para tratar la adicción se vea obstaculizada por esta “oscuridad”. Un ejemplo de esta situación la podemos observar en la violencia intrafamiliar, donde en su mayoría la disfunción se debe a que existe un miembro con problemas de adicción y en este sentido la misma violencia puede esconder en sí misma todos los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad; causando a través del tiempo “un círculo vicioso” de difícil término.

A continuación un interesante cuadro que ilustra los tipos de angustia según frases y preguntas ilustrativas:

TIPO DE ANGUSTIA	CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA EXPERIENCIA DEL CONSUMIDOR	FRASE O PREGUNTA ILUSTRATIVA.
Culpógena	Predomina el sentimiento de culpa frente a los actos en que incurre para obtener pasta base	Dañé a todos
Persecutoria	Se siente observado y perseguido por el entorno (por la sanción moral o denuncia de los vecinos, y por las fuerzas policiales)	¿Quién es ése? ¿Quién viene ahí?
Instrumental	Predomina el hábito compulsivo del consumo que se traduce en estrategias para la obtención de pasta	¿Cómo la consigo?
Por despojo	Pérdida de pertenencias individuales, de sus relaciones significativas y de protección; registro de abandono.	Lo he perdido todo
Anticipatoria	La amenaza constante del término prematuro de la sustancia, lo cual tensiona la práctica del consumo.	¿Cuánto queda?
Represiva	Lucha por controlar la compulsión, básicamente en resguardo de sus relaciones sociales significativas	No debo El cuerpo me la pide
Depresiva	Experimenta la disolución de los vínculos de pertenencia, de los soportes básicos y del manejo de las relaciones sociales y afectivas.	No valgo nada. Mejor morir.

(En: Weilandt, 2002)

## **5. CARACTERÍSTICAS Y ANTECEDENTES DE LA TERAPIA GRUPAL**

Sin lugar a dudas, la terapia grupal constituye uno de los pilares más valiosos para el tratamiento integral con representación psicológica en lo que respecta a los recursos bio-psico-sociales. A continuación una definición de psicoterapia, extraída del libro “Psicoterapia del Alcohólico y otros Toxicómanos” formulada por Armando Córdova Castro (En: González M.R.,1996):

“Tratamiento para problemas emocionales, en el cual una persona convenientemente entrenada, establece una relación profesional con uno o varios pacientes con el objetivo de eliminar, modificar o aliviar síntomas existentes, modificar patrones de comportamiento alterados o propiciar el desarrollo positivo de la personalidad”

En el caso de la drogadicción, se tomarán distintos enfoques teóricos. Esta medida se fundamenta en el hecho de que como se ha señalado en páginas anteriores, esta enfermedad tiene como característica el mecanismo defensivo de la “negación”; como pudieran ser los distintos rasgos patológicos de personalidad solapados o evidentes en cada paciente. Por lo tanto, el enfocarse solamente en una sola técnica conceptual y práctica, resultaría un poco limitante a la hora de tratar la enfermedad de la adicción, dada la diversidad de síntomas que presenta.

A manera de resaltar una breve reseña histórica para comprender los antecedentes de la terapia grupal, se puede señalar uno de los más antiguos precedentes, que fue la apertura de la Hull House de Jane Adams en los Estados Unidos, en 1889 (En: Yarto Elizalde, 2002). La Hull House intentó proporcionar, por medio del trabajo grupal, una cierta respuesta a una serie de personas necesitadas de alojamiento. Otro personaje que se

debe citar es Le Bon, autor francés que en 1895 (En: Yarto Elizalde, 2002) escribe su libro “Psicología de las Masas”, el cual se hace popular en toda Europa. Su propuesta de terapia grupal trajo mucha polémica sobre si la pertenencia a grupos es dañina o beneficiosa para el paciente. Luego le sigue otra etapa, a la cual le podemos dar más connotación histórica encaminada hacia el sentido común que comienza en 1905. Un médico, llamado Hersey Pratt de Boston Massachussets, (el trabajo con grupos adquiere desde este momento el término “tratamiento”) preocupado por la pobreza, sin tratamiento hospitalario, decide organizar con ellos unos grupos de apoyo que les sirvan de ayuda y de instrucción acerca de la conducta a seguir hasta su curación. A esta iniciativa le sigue otro médico psiquiatra, Edward W. Lazell, que en 1918 comenzó a “tratar” a los soldados que volvían a Norteamérica de la Guerra Europea, aquejados de desórdenes psicóticos, en reuniones de grupo. En 1920, McDougall es más comprensivo con el grupo y afirma que no es dañino ni beneficioso. Piensa en dos vertientes psicológicas: una propuesta por Le Bon, que define al grupo como “desorganizado” y otra distinta que definiría al grupo “organizado”. Para McDougall (En: Yarto Elizalde, 2002), los fenómenos que Le Bon llamaba de contagio emocional deberán canalizarse para hacerse constructivos, de esta manera el grupo se convierte en positivo. Según este autor para que esto suceda el grupo debe cumplir con las siguientes condiciones: que exista continuidad de existencia en el tiempo; que surja un sistema de relaciones interpersonales; que se dé estimulación de rivalidades con otros grupos, que se desarrollen tradiciones comunes; que se fomente la diferenciación y especialización de funciones y por último, que exista alguna forma de liderazgo.

Casi simultáneamente Sigmund Freud escribe su libro “Psicología de las Masas” (En: Yarto Elizalde, 2002), donde nos habla de los elementos de la cohesión de grupo, para afirmar, como podríamos esperar, que el principal de ellos es la identificación con una persona focal o central, en otras palabras, el líder. Al hablar de este poder integrador (y desintegrador) de lo que podríamos llamar libido grupal, Freud hará alguna de sus afirmaciones más trascendentales para lo que luego será la terapia de grupo. Señaló que allí donde se da un fuerte ímpetu hacia la cohesión grupal, se da a la vez una tendencia a la desaparición de las neurosis individuales. Él mismo observó que un grupo "bien organizado" era una protección eficaz contra las neurosis, y que un sujeto que se ve expulsado de un grupo, tiende a sustituir las formaciones grupales con formaciones neuróticas. Otro autor digno de hacer alusión como la fuerza sanadora de un grupo, es Kurt Lewin, el gestaltista alemán trasladado a Boston en los años treinta. El grupo, naturalmente es un todo, una gestalt. Es verdad que el grupo es un campo de batalla, en el que el conflicto es inevitable, ya que los miembros que lo componen luchan por obtener y mantener su espacio vital. Pero en este campo de batalla cualquier movimiento de un miembro origina tensiones, necesidades y movimientos en los demás. Y cuando estas tensiones llegan a fluir de manera constructiva y organizada, el resultado es equilibrio y redondez, con el consiguiente resultado sanador para cada uno de los sujetos individuales. El aporte más importante de Lewin a la terapia grupal es que el foco de atención para todo aquél que quiera entender lo que en el grupo sucede y convertir en constructiva su intervención, debe estar puesto en el “aquí y ahora”.

Proseguimos con el influjo del psicoanálisis; “la asociación libre” se ha convertido, al filo de los años 30, en sinónimo de tratamiento ideal para la curación de problemas

psicológicos; de ahí lo que llamamos terapia de grupo, cuyo fundador es Samuel Slavson, quien trabajó con niños, organizando lo que al comienzo llamó Grupos de Terapia Activa, en los que el juego, y otras actividades tenían tanta importancia como la palabra misma. Slavson practicaba, ya en los años treinta y cuarenta, una verdadera psicoterapia analítica en grupo (González Núñez, 1999).

Dentro de este tema de influjo del psicoanálisis hay que situar a dos psiquiatras bien conocidos, Alexander Wolf y Emmanuel Schwartz. El primero, a partir de 1938, se decidió a organizar grupos de 10 personas, diez mujeres y diez varones, que se sometieran a lo que, con toda propiedad, se podría llamar un análisis personal en grupo. El destinatario final de todo el proceso era cada uno de los participantes. La base teórica empleada era el mundo conceptual psicoanalítico; y su principal herramienta de trabajo, la asociación libre y la interpretación del inconsciente personal. Emmanuel Schwartz se convierte en el discípulo de Wolf y escribe su libro “Psicoanálisis en Grupos”. Con sus contribuciones se establece el concepto de “transferencia múltiple”, derivado de la presencia obvia de otras personas que no son el terapeuta mismo. Cada persona transfiere impulsos, sentimientos y fantasías a cada una de los otros miembros del grupo.

Otro concepto es “la dinámica de grupo”, cuyos autores son nombres tan bien conocidos como Foulkes, Bion, o Ezriel, todos ellos ingleses. Según ellos, es el grupo como totalidad el que cura, no la mera relación transferencial con varias personas individuales a la vez.

Otra corriente es la “existencial-experiencial” se inició en Alemania con Ludwig Binswanger y Medard Boss. Que al ser retomada en Estados Unidos por autores como Rollo May o Carl Rogers bien podría llamarse corriente humanista. No se puede negar a

esta corriente un origen psicoanalítico. Pero hace una aportación claramente nueva: al considerar que el paciente tiene un mundo de experiencias absolutamente irreductible al que solamente él tiene verdadero y auténtico acceso, modifica radicalmente el carácter de la relación paciente/terapeuta.

No podemos olvidar a Bandura, quien ha hecho aportaciones exitosas por ejemplo en el caso de las fobias. Según este autor, el grupo no provoca conscientemente la conducta imitativa; pero su posibilidad se da y es importante.

Finalmente, se mencionará a J.L. Moreno, el fundador del Psicodrama de forma germinal ya en 1910, el primero que en 1932 acuñó el término "psicoterapia de grupo". Una es la exclusividad del grupo fundado por Moreno, que quizá ha reducido su expansión; la segunda, más cierta, es nuestro deseo de subsumir las principales razones sanadoras de Moreno dentro de lo que hemos llamado corriente existencial experiencial. Identificación, catarsis, acción, son conceptos que escuelas más modernas han recibido (en mayor medida de lo que ellas mismas creen) del influjo de este autor.

En palabras de Irving D. Yalom 2000, otro autor de la corriente humanista (existencialista): la gran experiencia que los grupos proporcionan es el sentimiento de curación. El grupo es un lugar privilegiado en el que se puede tener la experiencia de que algunos miembros han mejorado ya, y otros están en vías de hacerlo en presencia de todos los demás participantes. El mensaje es claro: es posible sanar; y la consiguiente movilización de energía puede llegar a ser arrolladora. Claro que esto nos debe hacer pensar que no todos los grupos son igualmente sanadores, pues no lo son. Grupos con larga historia, y por tanto con larga memoria de sujetos que cambiaron para mejor, son una poderosa arma en manos de un terapeuta experimentado. Tengamos en cuenta que

muchas técnicas grupales que se emplean comúnmente dan enorme importancia a este factor. Citemos sin entrar en más detalles los grupos de auto-ayuda como son Alcohólicos Anónimos, o Narcóticos Anónimos, en los que la presencia de ex-alcohólicos, o de ex-drogodependientes es un elemento terapéutico básico.

Una característica importante para destacar en la terapia de grupo es que frecuentemente problemas muy profundos (experiencias de incesto, etc.) se perciben en el grupo como sucesos de la propia historia que al ser habladas entran en relación con "lo universal" del grupo. En la particular asociación libre que se da en el grupo, alcanzan paradójicamente una nueva facilidad de verbalización aquellos "secretos" tenidos por innombrables.

Las técnicas del secreto anónimo han venido a revelar tres contenidos como principales "secretos" que bloquean campos enteros de la actividad psíquica de las personas:

- ❖ sentimientos de inadecuación.
- ❖ Alienación personal.
- ❖ Cuestiones de sexo - identidad sexual – homosexualidad.

Precisamente estas áreas de contenido psíquico son algunas de las que reciben del grupo mayor facilitación a la hora de ser verbalizadas. Con mucha frecuencia el grupo asocia situaciones de contenido semejante o diverso, en las que el núcleo es cualitativamente el mismo, y que diluyen la angustia de la irrepetibilidad. Por una vez ensayar formas de abordar lo inabordable parece ser posible.

La situación grupal permite que cada uno de los sujetos sea a la vez paciente y agente terapéutico. En el régimen de igualdad que impera en un grupo todos están tácitamente



invitados a dar a la vez que a recibir ayuda, y por tanto a adoptar el papel de ayudador, de madre protectora, o de apoyo en la desgracia, según otros miembros del grupo, a juicio de cada uno, lo va necesitando. Con lo cual todos tienen la oportunidad de identificarse con figuras positivas de manera más real de lo que permitiría ninguna relación individual de ayuda. Cuando se está mal, es creencia común, ayudar es la única salida para romper el círculo infernal de la enfermedad.

Otro factor a destacar es que en el grupo puede darse también, la forma viva y actual que cobra el grupo familiar primario. Se puede decir que en tal situación reviven sutilmente muchas de las emociones que tenían lugar en lo interior en los primeros años de la vida de los pacientes grupales. Y con esas emociones, han perdurado muchos de los procesos que originan el malestar, y que surgen potentes en la situación de grupo.

Algunas aportaciones de Melanie Klein (En: Echegaray, 1999) para ampliar lo anterior serían los siguientes conceptos:

1. La transferencia (múltiple en este caso): hace que toda relación contenga rasgos infantiles, como gran dependencia, necesidad de ser guiado, desconfianza irracional.
2. Ansiedad de persecución es uno de los rasgos infantiles: cualquier malestar se ve como procedente de fuerzas hostiles exteriores (también el bienestar viene de “fuerzas buenas”). Los impulsos destructivos propios despiertan ansiedad de persecución.
3. Introyección y Proyección: en la edad adulta el juicio acerca del mundo exterior nunca quedará libre del influjo del mundo interior. Introducir claridad en este mundo es tarea primordial del Grupo de Terapia.

4. Objetos internos: Siempre se dan “fantasías inconscientes”, que son las representaciones del instinto, y que acaban por conformar un mundo interior muy influyente en la vida mental de la persona (la madre que ama, cuida, alimenta, es el primer objeto interno; siempre que la ansiedad de persecución no sea demasiado grande).
5. La Proyección permite la Empatía: a no ser que sea muy hostil, porque entonces la estorba. Una dosis de envidia acompaña siempre al hecho de recibir: el otro tiene algo que dar, pero puede guardárselo para sí: los silencios contienen envidias en este sentido.

Por último las habilidades técnicas y conceptuales que se utilizan en terapia grupal no ha variado mucho de la individual, a saber: asociación libre, la resistencia (existe, pero los otros miembros “reaccionan ante las defensas y ayudan a su desmontaje”); la transferencia (existe, pero en el grupo es múltiple y cambiante); la contratransferencia (más difícil de controlar, hay mucha tensión emocional para el terapeuta; especial peligro de abuso de poder) y el acting out (existe más actuación; a veces no es fácil mantener los límites claros). Cada uno de los pacientes se relaciona principalmente con el centro evidente que es el terapeuta, y bajo su mirada permite que le afecten las presencias ajenas que le rodean, y así hagan más patentes las conductas conflictivas o constructivas.

La meta que un grupo terapéutico pretende no es la conservación de éste, sino el fomento del *insight* (instrospección), de la maduración y del desarrollo interior de cada elemento. El grupo terapéutico es la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, reunión más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos; así pues, los integrantes de

un grupo se reconocen como miembros que aceptan comportarse con base en una serie de valores y normas explicitados dentro del sistema psicoterapéutico, a lo que se denomina **contrato terapéutico**, por lo que el grupo es al terapeuta grupal lo que el individuo es al terapeuta individual (González Núñez, 1999).

## **5.1. Enfoques Teóricos de Psicoterapia Grupal**

### **5.1.1. Psicoterapia Breve**

La "terapia breve" ha sido entendida tradicionalmente como un tipo de intervención derivada de la terapia familiar y de la obra de Milton Erickson, y a la que se conoce como terapia interaccional/estratégica; bien como una intervención procedente de Freud y la tradición psicodinámica. Sin embargo, la "terapia breve" no tiene por qué ser entendida exclusivamente como una intervención derivada de estos enfoques de psicoterapia.

La terapia breve es un modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida y eficiente posible. Si bien la terapia breve como indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otros procedimientos de intervención tradicionales, esto no significa que la terapia breve sea fácil. La terapia breve requiere todas las habilidades clínicas que se han englobado bajo el término "habilidades del terapeuta", en especial el desarrollo de la empatía .

La duración es de una a cuarenta sesiones, con la terapia típica entre seis y veinte sesiones. La meta es proveer a los pacientes de herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar una variedad de problemas subyacentes. Difiere de la terapia a largo plazo en que el foco se sitúa más sobre el presente, enfatiza el uso de herramientas

terapéuticas en un tiempo más corto y enfoca un cambio de comportamiento más específico, en lugar de un cambio a gran escala o más profundo. Los mejores resultados de las terapias breves pueden depender de las habilidades de los terapeutas, evaluaciones comprensivas y criterios selectivos para elegir a los pacientes (Cade, 1993).

Para que la terapia breve sea efectiva debe considerarse: establecimiento rápido de una relación fuerte ente paciente y terapeuta; el síntoma no ocasiona el problema más bien el foco se sitúa sobre la solución y en hacer comprender al paciente que el cambio es posible; es necesario definir metas relativas a un comportamiento o cambio específico; la intervención debe producir resultados inmediatos; el estilo terapéutico es altamente activo, empático y a veces directivo; la responsabilidad sobre el cambio se sitúa claramente sobre el paciente; fijar la terminación de la terapia antes de comenzar; los resultados deben de ser medibles; la selección y evaluación son pasos iniciales y críticos (Frojan M., 1998).

Según la propuesta institucional del Centro de Integración Juvenil, A.C. (CIJ), a mediados de la década de los 80, la psicoterapia breve en grupo se concebía como una alternativa de tratamiento para el farmacodependiente, en la que se abordan los aspectos patológicos de éste. Se argumentaba que este espacio terapéutico podía brindar al sujeto nuevas opciones para satisfacer sus necesidades; esto es, manejar en forma distinta su ansiedad, ya que el uso de las drogas podía ser una forma de manejar tal ansiedad. Los argumentos principales de este tiempo eran que, dado que este tipo de tratamiento influía decisivamente en el campo de las relaciones interpersonales, permitía establecer nuevos modos vinculares, lograr el desempeño de nuevos roles y obtener una nueva imagen de sí mismo. Este último aspecto se consideraba de gran importancia debido a que se partía de

la idea de que la identidad del adicto se encuentra bloqueada y es necesario ayudarlo a fortalecerla (CIJ, 2002).

Dado que estas particularidades operan favoreciendo la disposición, la apertura, el alivio de la ansiedad y la culpa, la expresión de sentimientos inadecuados, pensamientos hostiles y aspectos sexuales habitualmente reprimidos, al estar con otros que pasan por lo mismo, se propicia la auto aceptación, la aceptación de los demás y sobre todo el cambio. Además, al promover la introyección de aspectos positivos con fines reparatorios, se logra cambiar los aspectos dañados, "positivizando las propias vivencias y aspectos personales" (CIJ, 2002).

Si bien se argumenta que dentro de la psicoterapia en grupo, cada integrante sirve como espejo a los demás, porque en ellos pueden verse aspectos negativos para modificarlos, y positivos que al permanecer ocultos para los pacientes les impide valorizarse a ellos mismos, esta alternativa de trabajo resulta eminentemente favorable para el adictos, no sólo por el bajo autoconcepto que tiene de sí mismo, sino también por su mínima confianza en sí y en sus capacidades; de ahí que sus principales beneficios apuntan a:

- La creciente socialización que se da en el grupo permite salir del egoísmo narcisista de estar centrado en sí mismo, aspecto de fundamental importancia en el trastorno narcisista que presentan algunos adictos.
- La tolerancia del grupo permite al individuo desempeñar los roles a los que está acostumbrado en su vida cotidiana, y por medio del proceso grupal lograr cambios favorables en la actividad y desempeño del rol.

Como ventaja adicional, cada uno de los integrantes se benefician con el trabajo terapéutico de todos los demás, aun los individuos que nunca participan o hablan dentro de su tratamiento. Al estar escuchando reciben beneficios de los otros, con lo cual también van logrando el cambio a través de sus demás compañeros. Cuestión de gran relevancia en el ámbito de las psicoterapias breves.

Un último punto positivo que se debe resaltar es la función que tienen los integrantes del grupo, quienes favorecen la confrontación y el señalamiento a los demás miembros, acelerando el proceso de darse cuenta o insight, indispensable para el éxito del proceso terapéutico. En tanto es una alternativa más de tratamiento, también, el espacio donde se pueden modificar las formas de relación con los otros al ofrecer un vínculo diferente (CII, 2002).

### **5.1.2. Psicoterapia Existencial de Irvin D. Yalom**

En la práctica clínica con grupos de adictos se ha utilizado el modelo de enfoque interaccional de I. Yalom (Flores,1997), considerándolo uno de los más completos y efectivos. Sus recomendaciones se adaptan fácilmente a las modificaciones necesarias en el continuo proceso de recuperación del adicto. El modelo puede ser estrechado al inicio (más estructura, en el ambiente clínico cerrado) y ampliado; una vez consolidada la abstinencia y cuando hay menos peligro de recaídas (menos estructura, cuando incorpora consideraciones técnicas más sofisticadas de la psicología del yo y enfoques analíticos modernos).

Como primer componente en la psicoterapia de Yalom, especialista en Coordinación de Grupos Terapéuticos de Contención está la importancia de infundir esperanza no sólo para mantener al paciente en la terapia, sino para la confianza le pueda servir de soporte interno en el transcurso de la misma.

El mismo autor nos señala algunos elementos fundamentales en la dinámica grupal:

- **Universalidad:** Compartir experiencias . No sentirse únicos en el mundo. Romper con la fantasía "Nadie entiende al paciente adicto".
- **Conocimiento:** Intercambio de información. Estimular el saber frenar fantasías desalentadoras.
- **Cohesión grupal:** Relación de confianza y complicidad. Consuelo y fortaleza.

Yalom la define así:

“la cohesión en general se puede definir como la resultante de todas las fuerzas que actúan sobre todos los miembros que permanecen en el grupo o, de forma más simple, lo atractivo que un grupo es para sus miembros. Se refiere a la condición de que los miembros experimenten cordialidad y Consuelo en el grupo, que sientan que pertenecen a él, que valoran al Grupo y que sientan, a su vez, que son valorados y aceptados y apoyados Incondicionalmente por los otros miembros”.

- **Catarsis:** Aprender a expresar profundos sentimientos frente a otros. Sensación de paz y liberación. La expresión abierta de afecto es, sin duda, vital para el proceso terapéutico del grupo; en su ausencia, un grupo degeneraría en un ejercicio académico estéril.
- **Altruismo:** los pacientes ofrecen entre sí apoyo consuelo, sugerencias, comprensión; comparten problemas similares con los demás. El autor en este punto menciona a Víctor Frankl y concuerda con éste cuando dice:

“...cierto sentido del significado de la vida es el resultado de algo, pero que no puede ser deliberada y auto conscientemente perseguido: es siempre un fenómeno derivado que se materializa cuando hemos pasado por encima de nosotros, cuando nos hemos olvidado de nosotros mismos y estamos absortos en algo (o alguien) fuera de nosotros mismos.”

- Factores Existenciales: Comenta Yalom, que los pacientes de una terapia exitosa consideran que los factores existenciales son significativos en su progreso. En un estudio que efectuó expuso un cuestionario de clasificación, tres preguntas orientadas existencialmente que fueron ponderadas por los pacientes:

“1) reconocer que no importa lo próximo que esté a otras personas, debo todavía afrontar la vida solo; 2) afrontar las cuestiones básicas de mi vida y muerte, y de este modo vivir mi vida más honestamente y ser menos propensos a las trivialidades; 3) aprender que debo asumir la última responsabilidad por el modo en que vivo mi vida, no importa cuánta guía y apoyo consiga en los demás.”

- La recapitulación correctiva del grupo familiar primario: el grupo terapéutico se parece a una familia en muchos aspectos. Por ejemplo, hay figuras parentales de autoridad, hermanos o iguales, profundas revelaciones personales, fuertes emociones, y una profunda intimidad, así como hostilidad y sentimientos de competencia.
- Desarrollo de técnicas de socialización: para los individuos que carecen de relaciones íntimas, el grupo a menudo representa la primera oportunidad para un intercambio personal acertado. Se refiere al desarrollo de las habilidades sociales básicas.
- La conducta imitativa: los pacientes se pueden modelar a sí mismos según aspectos de otros miembros del grupo, así como del propio terapeuta.



- **Aprendizaje interpersonal:** se refiere a la corrección de las distorsiones interpersonales, capacitando así al individuo para dirigir una vida más plena, para colaborar con los demás, para obtener satisfacciones interpersonales en el contexto de unas relaciones interpersonales realistas y mutuamente satisfactorias: “uno logra salud mental en la medida en que se hace consciente de las propias relaciones interpersonales”.

#### **5.1.2.1. El Trabajo del Terapeuta en el Aquí y Ahora**

El abordaje grupal se puede hacer desde muchos encuadres teóricos. Nos inclinamos por seguir los procedimientos y la metodología existencial, descrita por Irvin Yalom, donde señala que la terapia de grupo es buena porque se trabaja en la conducta de “aquí y ahora”, utilizando la experiencia grupal y como segundo elemento importante el “esclarecimiento del proceso terapéutico”, que en el caso que nos ocupa nos encamina para abordar de manera escalonada, los distintos síntomas psicológicos. El empuje es ahistórico: los acontecimientos inmediatos en la reunión adquieren prioridad sobre los acontecimientos actuales de la vida exterior y sobre aquéllos que pertenecen al pasado lejano de los miembros (Yalom, 2000). Esto facilita la retroalimentación, la catarsis, el autodescubrimiento y la adquisición de técnicas de socialización.

El autor en mención da una importancia, como en muchos otros campos de la ciencia, al “proceso”, el cual se refiere técnicamente a la naturaleza de la relación entre individuos que interactúan. En este sentido el terapeuta da más importancia al contenido no verbal,

el “cómo” y el “porqué”, en la medida en que aclaran aspectos de la relación del paciente con las demás personas.

Comenta I. Yalom, en su libro “Psicoterapia existencial y terapia de grupo” que la atención al proceso es la característica verdaderamente única del grupo experimental; después de todo, hay muchas actividades sancionadas socialmente en lo que uno puede expresar emociones, ayudar a los demás, dar y recibir consejo e identificaciones entre unos y otros. El terapeuta primeramente aparta a sus miembros de la discusión de material externo y centra su energía sobre las relaciones entre unos y otros. En la terapia pueden darse conflictos en relación a jerarquías y posiciones entre los miembros; como también búsqueda de control y dominio, otros pueden asumir posturas sumisas. En todo caso, el terapeuta debe asumir una postura de *observador participante* en el grupo; disponiendo así de la objetividad necesaria para almacenar información, que en su momento servirán para conectar sucesos y esclarecer cualquier conflicto; los terapeutas actúan como historiadores del grupo.

Los acontecimientos pasados del grupo de terapia son una parte del “aquí y ahora”, y una parte integral de los datos en los que se basa el comentario sobre el proceso. Por ejemplo, si una paciente siente que es explotada cada vez que se confía a alguien o que se descubre a sí misma, a menudo (comenta el autor) “interrogo sobre la historia de cómo ha experimentado ese sentimiento en este grupo. No es que el grupo no se ocupe del pasado, es lo que hace con el pasado: la tarea crucial no es sacar a la luz, estructurar y comprender el pasado, *sino utilizar el pasado por la ayuda que ofrece en la comprensión (y cambio) del modo de relación de la persona con los otros en el presente*”. (Yalom, 2000).

Algunas técnicas de activación del “aquí y ahora” utilizadas por el autor serían, por mencionar unas cuantas, las siguientes: que el terapeuta *piense* aquí y ahora, desplazamiento desde afuera hacia adentro, desde lo abstracto hacia lo específico, desde lo genérico hacia lo personal, emplear un ritmo adecuado e intentar experimentar lo que el paciente está experimentando. Buscar métodos que aminoren la amenaza; a menudo esto se traduce en instruir en el arte de solicitar y ofrecer retroalimentación. Un principio importante que hay que enseñar a los pacientes es el de evitar las preguntas y las observaciones generales.

El terapeuta es un guía estructurado, debiendo permitir la expresión de la resistencia, el temor, la cautela, la desconfianza, en resumen, todo aquello que impide el desarrollo de las relaciones interpersonales satisfactorias. El objetivo no es crear una organización social racionalizada, ingeniosa, pero insustancial, sino que funcione suficientemente bien y que engendre la confianza suficiente para que se desarrolle el microcosmos social de cada miembro. Trabajar a través de la resistencia al cambio es la clave para la producción del cambio (Yalom, 2000).

Una vez logrado el patrón interaccional del aquí y ahora, el terapeuta deberá sacar provecho comprendiendo una complejidad de etapas, a saber:

1. Los pacientes deben reconocer primero lo que están haciendo con otras personas (que va desde actos simples hasta patrones complejos que se extienden a lo largo del tiempo)
2. Deben apreciar entonces el impacto de esa conducta en los otros, cómo influye en la opinión que los demás tienen de ellos, y, en consecuencia, el impacto de la conducta en su propia autoconsideración

3. Deben decidir si están satisfechos con su estilo interpersonal habitual
4. Deben ejercitar la voluntad de cambio.

Se debe investigar todas las vías posibles para comprender los mensajes de relación en toda la comunicación. Buscar la incongruencia entre la conducta verbal y la no verbal. Ser especialmente curiosos cuando hay algo carente de ritmo en una transacción: cuando, por ejemplo, la intensidad de una repuesta parece desproporcionada a la declaración que la ha provocado o cuando una respuesta no está de acuerdo con lo previsto, o no tiene sentido.

Se pueden dar también tensiones en el grupo, por ejemplo, lucha por el dominio, el antagonismo entre sentimientos que se apoyan el uno en el otro y la competencia entre sentimientos fraternales, entre los esfuerzos egoístas y los desinteresados para ayudar a los demás, entre los deseos de sumergirse en las reconfortantes aguas del grupo y el temor a perder la preciosa individualidad, entre el deseo de sentirse mejor y el deseo de permanecer en el grupo, entre el deseo de que los demás mejoren y el temor de ser dejado atrás. El conocimiento de estas tensiones a menudo informa del reconocimiento del proceso por el terapeuta.

Los comentarios interpretativos del terapeuta se pueden ver en términos de cómo tienen que ver con la voluntad del paciente. El enfoque terapéutico más común y simplista es la exhortación, por ejemplo: “su conducta es, como ahora sabe por usted mismo, contraria a sus principales intereses”.

El objetivo del terapeuta es guiar a los pacientes hacia un punto en el que acepten una, varias o todas las premisas básicas siguientes:

1. Sólo yo puedo cambiar el mundo que me he creado: el terapeuta ayuda al paciente a entender que el mundo interpersonal está dispuesto de un modo generalmente predecible y ordenado, que no es que el paciente no pueda cambiar sino que él no cambiará, que el paciente carga con la responsabilidad de la creación de su mundo y, por lo tanto, con la responsabilidad para su transmutación.
2. No hay ningún peligro en el cambio: Los terapeutas deben, de modos diversos, plantear la cuestión: “¿Cómo es eso?” ¿Por qué continúa frustrándose a sí mismo?” Un método común de explicación de “cómo es eso” es asumir que existen obstáculos para que el paciente ejercite la elección voluntaria, obstáculos que impiden que los pacientes consideren seriamente alterar su conducta. La presencia del obstáculo generalmente se infiere; el terapeuta lleva a cabo una asunción del tipo *como si*: “Te comportas como si sintieras que podrías pasar por un peligro considerable si llegaras a cambiar”. El terapeuta ayuda al paciente a clarificar la naturaleza del peligro imaginado, y entonces procede, de varios modos, a desintoxicar, a desmentir la realidad de este peligro.
3. Para alcanzar lo que realmente quiero, debo cambiar: El terapeuta trata de ayudar al paciente a que comprenda la naturaleza de sus deseos en conflicto, a elegir entre ellos, a renunciar a aquéllos que no pueden ser satisfechos, excepto con un coste enorme para su integridad y autonomía.
4. “Puedo cambiar”; “Tengo la fuerza suficiente para ello”: aquí por ejemplo, el terapeuta dice: “Te comportas de ciertas maneras porque...” y la palabra “porque” implica generalmente factores motivacionales fuera de la conciencia del paciente. La meta es el cambio, o sea el autoconocimiento, la liberación, el análisis de la

transferencia y la autoactualización. Todo ello vale la pena, todo son búsquedas esclarecedoras; todo está relacionado con el cambio, son preludios para el cambio, primos hermanos y compañeros suyos; y aun así, no son sinónimos de cambio. Si aceptamos esta premisa básica (que una función explicativa de mayor importancia en la psicoterapia es la de proporcionar al paciente un sentido del dominio personal), se sigue que el valor de una explicación se debería medir en este criterio (Yalom, 2000).

#### **5.1.2.2. Tratamiento y el rol del terapeuta**

Basado en los autores Vinogradov, Sophia y Yalom, I.D. (1996), se apuntan algunos aspectos técnicos en la fase inicial del tratamiento: en general, los pacientes son remitidos al grupo después de haber sido desintoxicados y dados de alta en el servicio médico de la clínica; el tema inicial y principal en el grupo es el consumo de sustancias. En esta fase, el terapeuta centra sus intervenciones y el intercambio entre los miembros del grupo en el consumo de las drogas de preferencia. Se tienen que clarificar y confrontar excusas, justificaciones y defensas como negación, racionalización, proyección o humor sarcástico. El adicto utiliza estos mecanismos defensivos para manejar sus relaciones y su vida en torno al abuso de sustancias. Se trabaja como recurso técnico el “aquí y ahora” de la sesión. El objetivo es la creación de vínculos positivos y constructivos entre los miembros del grupo y con el terapeuta, donde los pacientes aprendan a pedir y aceptar apoyo de los demás. Elementos fundamentales para el trabajo inicial son la aceptación incondicional y la retroalimentación positiva entre todos. En la fase inicial del

tratamiento se emplean técnicas educativas, así como intervenciones conductuales y cognitivas (enseñar a detectar las circunstancias que llevan a consumir y a idear estrategias alternativas). Aunque sea imposible establecer una verdadera alianza de trabajo con una sola entrevista previa, el encuentro inicial paciente-terapeuta logra reducir considerablemente la ansiedad y el miedo. No hay un método, pero clínicamente se considera útil lograr lo siguiente en la preparación del paciente:

- Establecer una alianza preliminar entre el paciente y el clínico.
- Tener una idea clara sobre qué espera el paciente de la terapia.
- Dar información e indicaciones sobre la terapia de grupo.
- Manejo de la ansiedad o el miedo inicial sobre el ingreso al grupo.
- Presentación de las reglas para el trabajo en grupo y obtención de la aceptación por parte del paciente.

Por su parte el terapeuta debe tener un nivel de madurez personal en el que impere la calma. Sobre este punto I. Yalom nos ilustra sobre el rol que el terapeuta debe llevar a cabo a fin de optimizar la relación terapéutica; y nos dice que el terapeuta:

- Tiene una comprensión más profunda del paciente.
- Comprende límites, no se siente incapacitado por dudas.
- Tiene motivación consistente a través del tiempo.
- Está fraguando un propio estilo terapéutico.
- Muestra creciente autonomía .
- Tiene estabilidad en cinco puntos: Intimidad, fuerza, crecimiento personal, habilidades intelectuales, altruismo.
- No se defiende
- Muestra un manejo apropiado de si mismo.
- Capaz de cambiarse de carril.
- Encasilla menos a los pacientes.

- Acepta supervisión con distintas orientaciones.
- Se maneja con soltura desde la evaluación a la conceptualización para llegar a la intervención.
- Se maneja con perspectiva ética liberal o amplia.

El paciente aprende a comprender y expresar apropiadamente sus emociones. Se le ayuda a saber cómo nombrar a sus afectos, a explicarlos para desarrollar la función observadora del yo. Se enseña cómo entender los afectos como señales y cómo tolerar los dolorosos. Se centra en la comprensión y expresión de sentimientos y se mantiene el énfasis en el alejamiento de los disparadores que puedan llevarlo a una recaída. Conforme progresa, el paciente empieza a moverse de los controles conductuales externos hacia la internalización. Aprende a reconocer la ansiedad y otros estados internos de malestar y a reflexionar antes de actuar. Al principio, los pacientes recurren a utilizar los lemas de los grupos de autoayuda (AA ó NA) de manera automática, después pasan a un examen más crítico de sí mismos, a insights individualizados y reacciones más sofisticadas para manejar las situaciones de su vida y controlar sus conductas. El terapeuta apoya inicialmente la búsqueda de múltiples objetos de dependencia. Esta dependencia no se analiza hasta que la sobriedad esté asegurada.

### **5.1.3. Terapia Dinámica de Grupo Modificada (TDGM)**

El enfoque de la Terapia Dinámica Modificada, en adelante TDGM, se desarrolló como un tratamiento grupal para el *Harvard Cocaine Recovery Project*, un estudio acerca de la adicción a la cocaína que patrocinó el National Institute on Drug Abuse y se



llevó a cabo en Cambridge Hospital, un hospital de enseñanza de la Harvard Medical School (Khatzian y col.,1990 En: Alonso y Swiller,1995).

La TDGM, es un intento de dar respuesta psicodinámicamente a los problemas que atraviesan los individuos con problemas de adicción. Si bien el enfoque dinámico está más encaminado a resolver o intervenir de manera profunda y en un tiempo más prolongado; este enfoque, con la ayuda de varios colaboradores dieron paso a que pacientes se beneficiaran de la profundidad que ofrecen los enfoques psicodinámicos para comprender y dar solución a situaciones caracterológicas complicadas y profundas en la vida del adicto.

El tratamiento tiene que estar enfocado en las necesidades y dificultades de los adictos a medida que se les comprende en términos psicodinámicos de una manera segura que promueva la recuperación de la adicción. Éstas se consideran como vulnerabilidades en cuatro dimensiones: 1) tolerancia y regulación del afecto, 2) problemas con las relaciones, 3) fracasos en el autocuidado y 4) deficiencias en autoestima. Las mismas están dirigidas en “cómo se manifiesta la estructura de carácter en sí en la vida para cualquier persona, a nivel intrapsíquico, interpersonal y en el mundo en general” (Khantzian et al, 1990 En: Alonso et al, 1995). La TDGM es una psicoterapia de grupo expresiva-de apoyo que está diseñada para atender las vulnerabilidades y dificultades caracterológicas subyacentes que conducen a la susceptibilidad del adicto a consumir drogas.

Lo primordial que se busca es la prevención de la recaída y mantener a través de la terapia, la abstinencia y de esta manera poder atender los trastornos del carácter subyacentes o evidentes en la adicción.

Con relación al contexto terapéutico el libro “Psicoterapia de grupo en la práctica clínica”, nos ilustra lo siguiente:

“Este contexto es de seguridad y apoyo, lo cual se establece de varias maneras. La seguridad y apoyo las proporciona un líder de grupo activo, directivo y amistoso que comienza explicando la naturaleza y expectativas de la terapia psicodinámica, distinguiéndola de otros tratamientos de la adicción (tales como los programas de 12 pasos) con los cuales pueden estar más familiarizados los miembros del grupo. También se reconocen de manera directa las ansiedades comunes a unirse a un grupo y se atienden las cuestiones de abstinencia y prevención de recaídas a medida que sea necesario. Al mismo tiempo, se alienta tanto a los miembros del grupo como al líder a tomar un papel activo en la observación, acercamiento de unos con otros y ofrecimiento de sus insights y comprensión.”

En este modelo se utilizan los conceptos y principios propuestos para la psicoterapia grupal, de Irvin Yalom, para promover el rápido desarrollo de la cohesión y crear un medio interpersonal en “el aquí y ahora” en el que los miembros de grupo puedan “sobreponer los sentimientos de autodesprecio, soledad, enajenación y separación de la mejor manera”. Sin embargo la TDGM pone su énfasis en las estructuras del carácter de los miembros más que en las interacciones interpersonales. El descubrimiento y comprensión del carácter están en mayor probabilidad de ocurrir una vez que los miembros del grupo se sienten en una especie de “terreno común” (Khantzian et al, 1990 En: Alonso et al, 1995). El terreno es similar al factor curativo de la “universalidad” descrito por Yalom (2000).

Desde el inicio del grupo se atiende al cambio necesario de un pensamiento acerca de las drogas a uno que se encuentre en términos psicológicos. Se promueve la autocomprensión más allá del énfasis en la reacción a una amenaza externa hacia una experiencia más activa y autónoma. La meta va orientada al insight, aquella de “restaurar la integración del individuo y de promover la autonomía personal.

Otra dinámica a utilizar en este modelo es la confrontación mediante una atmósfera de aceptación y apoyo en la que se aprecien las vulnerabilidades y los antecedentes traumáticos de algunos miembros del grupo. Igualmente detectar los sentimientos solapados, de negación de sentimientos. Una de las grandes ventajas de la TDGM, es que brinda un ambiente donde el adicto practique la auto observación e interacción que evite las “interpretaciones acusadoras o dañinas en un sentido narcisista” y los atolladeros llenos de enojo que puedan surgir en la intensidad de la situación terapéutica individual. Otra de las ventajas consiste en promover el crecimiento en un sentido de sí mismo y de autoestima sin abrumar a una persona que anhela y se resiste a la empatía. En otras palabras, el grupo proporciona a cada miembro fuerza y contención hacia sus vulnerabilidades.

## **5.2. Aspectos éticos en el trabajo terapéutico con adictos**

En cualquier campo en que existan relaciones humanas se suscitan problemas de ética. Aquellas normas que pueden aplicarse a la solución de tales problemas constituyen la ética de la profesión, y no dependen de un sólo acto de voluntad, sino que son el resultado de la experiencia.

La principal responsabilidad del terapeuta es para con la persona. El objeto de la terapia es ayudar a que dicha persona logre una vida más adecuada, ya sea en términos de una adaptación vocacional, conyugal, social o personal, en términos de una mayor satisfacción consigo mismo. La meta no es la adaptación a la sociedad por la sociedad;

sino, lo que es mejor para la persona. Esto lo expresa la APA en su código de ética de la siguiente manera:

“Una obligación primordial del psicólogo clínico o del orientador es respetar la integridad y proteger el bienestar de la persona con la que está trabajando. La cuidadosa observación de este principio debe caracterizar todo trabajo del psicólogo y extenderse a todas sus relaciones profesionales...Los servicios clínicos no deben imponerse al individuo, ni debe exigírsele a éste que use tales servicios” (Patterson, 1981).

En el caso de las adicciones, hasta el día de hoy no hay un código ético formal u oficial al cual sujetarse o suscribirse cuando se entra a trabajar en el campo de las adicciones como profesional. Para ayudar a los pacientes adictos y a sus familias, la guía es el antiguo lema *prima non nocere* (ante todo no dañar). Sin embargo, también hay que reflexionar sobre cómo se lastima, por no actuar. La ética comprende los principios de moralidad, incluyendo la ciencia del bien y la naturaleza de lo justo.

El clínico trabaja tomando decisiones éticas basadas en lo que es benéfico para el paciente. Esto no es nada sencillo, es complicado porque prácticamente todo el trabajo se mueve en el terreno de lo subjetivo: se trata de actitudes, espiritualidad, auto-disciplina, sistemas de valores y creencias. Se espera que el terapeuta haga el esfuerzo de separar su sistema de creencias personales de la necesidad clínica del paciente. Una de las metas terapéuticas es la autonomía del paciente. Desde el punto de vista ético significa, que el paciente, una vez terminado su proceso terapéutico, sabrá actuar de forma ética o moral y deberá poder elegir por sí mismo lo que va a hacer. Necesita aprender cómo los consejos de los demás y las presiones de fuentes externas, a la hora de la verdad, las puede dejar de lado y decidir y elegir por sí mismo. Aquí puede darse un problema cuando un terapeuta realiza su trabajo, sin tomar en cuenta los aspectos éticos, con más entusiasmo

que formación, con esta combinación común de idealización, expectativas poco realistas, pensamiento mágico-fanático y ansiedades acerca de su competencia clínica (Kort, 1995).

Cuando el terapeuta no confronta o revisa sus propios principios éticos, difícilmente lo podrá hacer con el paciente. Hay responsabilidades morales que no se resuelven al llamar adicción a una enfermedad. El paciente no es responsable por tener la enfermedad, pero sí tiene el deber de hacer algo al respecto. La obligación ética del terapeuta es ayudar a que el paciente confronte esa responsabilidad con sus acciones.

Según la Dra. Elke Kort especialista en el campo de las adicciones y docente de la División de Posgrado en la Facultad de Psicología, UNAM, otro tema con implicaciones éticas es la calificación profesional del terapeuta, ya sea una persona que tiene un proceso de recuperación o sea académico. Mantenerse a nivel de experto requiere de un esfuerzo de educación continua. Una persona profesional se distingue por su ética y por su preocupación por hacer el mejor trabajo que pueda. Aunque se trabaje con un programa estructurado, el cómo se trabaje y el tratamiento que reciben los pacientes, tiene que ver con las personalidades y el liderazgo.

Para terminar, se menciona la confidencialidad como el primero de los tópicos éticos. El principio básico es, que cualquier información privada que dé algún paciente durante el tratamiento, jamás debe ser usada o repetida de manera que pudiera ser identificada con o por persona alguna.

### **5.3. Técnicas y tareas en la terapia grupal**

Tal y como se ha mencionado en diversas ocasiones y en líneas anteriores, el estudio de la enfermedad de la adicción abarca tareas y técnicas que pudieran llamarse eclécticas, como las más beneficiosas para el tratamiento de las personas que padecen esta enfermedad. Un punto importante para destacar es el mecanismo de la negación que no solamente se observa en la justificación o negación del consumo, sino en la observación de una sintomatología complicada, solapada y en muchas ocasiones con características clínicas que la acompañan. Es por este motivo que la posibilidad de utilizar métodos diversos, nos ofrece un abanico de posibilidades para lograr los objetivos y metas terapéuticas.

Se puede decir que en este caso, la psicología humanista es la que más se asemeja a este enfoque, y a parte de otras cosas, se interesa primordialmente por aquellas capacidades y potencialidades humanas que no tienen un lugar sistematizado ni en la teoría conductista o positivista ni en la teoría psicoanalítica clásica: por ejemplo, el amor, la creatividad, el autodesarrollo, los valores más altos, el ser, la espontaneidad, el juego, el humor, el afecto, la naturalidad, el significado, el juego limpio, la experiencia trascendental, la salud psicológica y otros conceptos afines.

Pueden distinguirse dos niveles de trabajo: La Psicoterapia, y el Crecimiento/Desarrollo Personal, que aunque van unidos, pueden diferenciarse entre sí. El nivel psicoterapéutico podría resumirse diciendo "No me siento bien, y quisiera conocer qué y cómo me impido sentirme mejor"...y el nivel de desarrollo personal, se resumiría así: "Me siento bien y quisiera potenciar/desarrollar mis capacidades de

sentirme así". En el primer caso, se profundiza en unos aspectos del individuo y su medio, con los cuales no nos introduciremos necesariamente en el segundo.

Una de las características más sobresalientes de la aplicación de la Psicología Humanista es la importancia prestada a los sentimientos y emociones y a su traducción corporal. El cuerpo en sus distintas dimensiones toma gran relevancia.

En la mayoría de los enfoques y técnicas utilizados se presta gran atención a la respiración como fuente de contracción/expansión.

Algunos de los enfoques teórico/prácticos utilizados en la aplicación de la Psicología Humanista son: gestalt (Perls), psicodrama (Moreno), técnicas de encuentro (Rogers, w. Shutz), análisis transaccional (Eric Berne), enfoques basados en el trabajo y la sensibilización energética corporal como son: bioenergética (Lowen), psicología biodinámica (Boyesen), masaje (B. Gunther), trabajos a partir de los símbolos (Jung), ensueño dirigido (Dessoille) y sus derivados como es la visualización creativa, por mencionar algunos.

Cualquiera de los enfoques mencionados pueden ser utilizados tanto en sesiones individuales como grupales, de acuerdo con la preparación y criterio del profesional de que se trate, pueden utilizarse uno solo como método de trabajo, o una síntesis integrativa de varios de ellos, como es nuestro caso. Es de esperar que estos enfoques sean utilizados como herramientas (medios) para facilitar el conocimiento y desarrollo de los pacientes y no como fines en sí mismos.

### **5.3.1. Video debate y Dramatización**

Además de las importantes técnicas dinámicas, también se incluyen dentro de los tratamientos para combatir las adicciones, los contextos de la corriente vivencial y son justamente los comentados en la dramatización. Persiguiendo objetivos menos ambiciosos, pero también de alto valor en muchas películas se están incluyendo dramatizaciones (conscientemente orientadas a la ayuda psicológica), aunque desgraciadamente, la mayoría de las veces, las escenas relacionadas con drogadicción o aspectos psicológicos en los medios de difusión masiva son frecuentemente reforzadoras ingenuas del consumo y malos hábitos y éste es un aspecto que la necesaria asesoría profesional debe superar, por resultar nocivo. A través de técnicas audiovisuales, se puede llegar a despertar a través de su temática, situaciones inconclusas, actitudes negadas e identificaciones; de esta manera se logra despertar la conciencia sobre los problemas que la adicción acarrea y que son difíciles de detectar, se abre paso a la comunicación y comprensión de las limitaciones internas y da la oportunidad de discutir las con el fin de buscarle posibles soluciones.

La dramatización es un recurso básico aportado por Moreno: Existen diferentes tácticas aplicables en el marco de la dramatización, como es el caso de “el doble” donde un “yo auxiliar” agrega, con fines de clarificación o de insight, aspectos que el paciente consciente o inconscientemente omite; la inversión de funciones, de extraordinario valor para hacer comprender a los pacientes las actitudes de desconfianza de sus familiares durante las primeras etapas de su rehabilitación; el soliloquio donde en forma similar a lo que ocurre en un Brain Stormy, el paciente verbaliza sin limitaciones racionales, lo que



está pasando; el espejo, donde un yo auxiliar imita en forma que caricaturice los aspectos más relevantes de la conducta conflictiva del paciente; y finalmente, la autopresentación, donde el paciente adicto debe “actuar” las actitudes de sus familiares o personas significativas (R. González Menéndez, 1996).

Lo que se trata de lograr en ambos casos (cine debate y dramatización), a fin de cuentas, es recurrir a los principios de la gestalt y así cerrar conflictos que no se pudieron resolver en el pasado con mecanismos del presente y de la vida adulta.

### **5.3.2. Talleres y Charlas**

Otra de las técnicas que sirven para motivar al cambio del paciente adicto son los talleres y charlas. Se dan también en un intento por clarificar y confrontar excusas, justificaciones y defensas como negación, racionalización, por mencionar algunas. El objetivo es la creación de vínculos positivos y constructivos entre los miembros del grupo y con el terapeuta para que de esta manera se logre una mayor participación hacia el logro del aprendizaje de habilidades sociales como internas. Cuando se carece de habilidades interpersonales y falta de auto reconocimiento de manera adecuada, estas técnicas suelen surtir un buen efecto.

En general estas tareas representan una experiencia estimulante a nivel intelectual en donde el terapeuta proporciona información, intercambio de ideas, preguntas y guía para una discusión que en términos generales se mantienen en un plano cognoscitivo en vez de emocional.

### **5.3.3. Terapia para el alivio del estrés y emociones negativas a través de la respiración**

La ansiedad está presente primaria o secundariamente en todos los adictos y en muchos casos (asertivos, evasivos y sintomáticos) desempeña una importante función en la búsqueda del tóxico. Las técnicas de relajación, logran por mecanismos de inducción recíproca, una importante atenuación de este síntoma.

La Fundación El Arte de Vivir es una ONG, educativa sin fines de lucro, acreditada por la ONU y se encuentra en más de 140 países en el mundo. En Panamá, se cuenta con un Centro para el desarrollo de técnicas para el manejo del estrés, la depresión y la ansiedad por medio de la respiración; impartiendo cursos donde se enseña la técnica llamada Sudarshan Kriya obsequiada al mundo por el Maestro de la India Sri Sri Ravi Shankar.

Esta técnica de respiración rítmica, sintoniza el cuerpo, la mente y las emociones con el ritmo del “ser” e induce a un estado de profunda armonía y tranquilidad física, emocional y corporal; “limpiando” el sistema nervioso de toxinas y tensiones hasta nivel celular.

Según los principios de esta Fundación, la energía vital tiene un enorme potencial infinito para controlar y afectar los cambios en el cuerpo. El 90% de las impurezas en el sistema simplemente salen a través de la respiración y solo se usa el 30% de la propia capacidad, de manera que al respirar se puede eliminar la causa de las enfermedades. El Sudarshan Kriya es un potente energizador que oxigena totalmente las células y las recarga de nueva vida. Las emociones negativas almacenadas como toxinas en el cuerpo son eliminadas por la respiración. Las tensiones, las frustraciones y el enojo se liberan.

La ansiedad y la depresión son sustancialmente disminuidos. Los logros que da esta técnica han sido comprobados científicamente a través de distintos estudios: cambios en el electroencefalograma, efectos sobre el cortisol, la hormona del estrés, cambios sobre el lactato sanguíneo, otro bioquímico del estrés, aumento en el sistema inmunológico, aumento de enzimas antioxidantes, disminución del colesterol en la sangre. Se ha demostrado que la práctica sugerida tiene una tasa de éxito del 68-73% en el tratamiento de la depresión, sin importar su severidad.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGÍA**

## **METODOLOGÍA**

### **1. Planteamiento Del Problema**

Históricamente, la mujer ha desempeñado un papel fundamental en la familia aportando de manera protagónica para que este importante núcleo social cumpla con sus funciones dentro de la sociedad.

En el pasado la mujer tenía asignada las tareas del hogar, cuidado de los hijos y el esposo. En la actualidad su rol se ha ido complicando, pues además de asumir esas tareas tradicionales también desempeña múltiples roles fuera de la familia. La mujer de hoy, especialmente la urbana, que representa la mayoría, está ante una situación de sobrecarga de trabajo.

Ya sea por observación, o por la vasta literatura consultada, no cabe duda que el flagelo de la adicción es un problema que no discrimina status socioeconómico, ~~raza~~, religión, preferencia sexual ni género entre otros. Sin embargo el presente estudio está enfocado en una población específica que son el grupo de mujeres adictas en recuperación.

Nuestro trabajo se apoya sobre la premisa de que el uso indebido de drogas, igual que otros problemas psicosociales, tiene características particulares en la mujer. Sin embargo, pocos esfuerzos se han hecho para abordar esta problemática desde una perspectiva de género. El consumo de drogas ilegales por la mujer es mal visto por la sociedad, por tanto se estigmatiza a las que consumen, generando en ellas sentimientos de culpa y vergüenza.

Las investigaciones que sobre este tema se han realizado, por lo general no toman en cuenta las especificidades en la mujer. Los casos más frecuentes son los estudios que enfocan los efectos de las drogas en el estado de embarazo y nacimiento.

Como se ha comentado en varias ocasiones que la enfermedad de la adicción puede atacar de igual forma, tanto a los varones como a las mujeres, es indudable que la diferencia de género en cuanto a lo socio cultural se refiere, provoca consecuencias que caracterizan de manera diferente a la mujer, no solamente a través de las secuelas que deja el consumo de drogas, sino que los efectos bio-psico-sociales están mucho más marcados en la mujer que en el hombre. La sociedad, por ejemplo, atribuye diferentes roles y conductas esperadas a las personas según su sexo biológico.

Estos estigmas guardan relación con el rol que la sociedad ha asignado a las mujeres de ser las guardianas de la moral y los valores sociales, se espera que sea controlada y sumisa; por lo tanto, “las mujeres no deben drogarse”. La mujer adicta es vista como mala madre y como una esposa irresponsable. Esta realidad crea problemas particulares en la mujer adicta para solicitar tratamiento, siente vergüenza culpa por creer que ha fracasado en su rol femenino.

A través de la consulta bibliográfica y la indagación en distintos sitios de la Ciudad de Panamá, a saber: Conapred, Hogares Crea, Hospital Psiquiátrico de Panamá, Cruz Blanca, Grupos de Autoayuda, etc., se pudo verificar ampliamente tales diferencias. Sin embargo, el problema mayor reside en que los programas existentes que implementan y desarrollan tratamientos para la adicción, no cuentan con suficientes mujeres; y esto es así tanto en nuestro país como en la mayoría de los países del mundo.

En Narcóticos Anónimos, disponían de una mayor membresía femenina, por lo tanto, se pudo obtener mayor información y más detalles sobre el proceso de recuperación en general y en las mujeres en particular. Se logró constatar que uno de los mayores problemas que se suscitan en estos grupos son los relacionados con la recaída en la droga. En otras palabras, en algunos casos, sólo se logra una simple abstinencia física, ya que el mantenimiento de esa abstinencia se ve constantemente amenazado por una sintomatología variada. En estas asociaciones describen que los síntomas más significativos presentes en el proceso de recuperación, particularmente en las mujeres, son la ansiedad y la depresión. Estos síntomas son definidos en estas agrupaciones como: Ansiedad: amenaza real o imaginaria, un sentimiento general de intranquilidad o temor. En otras palabras, se manifiesta en sus vidas diarias a través de la presión sentida de tratar de adaptarse a la vida tal cual es.

Depresión: sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y perder interés en las cosas que antes se disfrutaban.

La depresión y la ansiedad constituyen un obstáculo activo en el proceso de recuperación; ya que el programa sugiere la práctica de nuevos patrones de conducta encaminados hacia la acción, un cambio de estilo de vida, a través de las herramientas que el programa de Narcóticos Anónimos ofrece al adicto. Y es que los mismos, no se basan solamente en la abstinencia, sino en el adecuado manejo de toda una sintomatología que sus miembros definen como “defectos de carácter”; la ansiedad y la depresión son muchas veces consecuencia de otros problemas solapados o controlados por el mecanismo de la “negación”, que, según los miembros, es la base de esta enfermedad. La ansiedad puede convertirse en un síntoma que esconde tristeza,

resentimiento, culpa, baja autoestima, ira, miedos, etc., los mismos que están contemplados dentro de lo que arriba se mencionó como “defectos de carácter”.

La pregunta clave que cualquiera podría formular es la siguiente: si esta enfermedad no discrimina género, ¿Por qué razón en casi todos los tratamientos o programas hay una significativa diferencia entre sus miembros, por razón del género y están estos grupos compuestos en su gran mayoría por varones?

Uno de los propósitos de este estudio es responder a esa pregunta y otros cuestionamientos adicionales que surgen en la evolución de todo tratamiento. Comprender más a fondo el porqué de la falta de búsqueda de ayuda por parte de la mujer adicta a centros de tratamientos y más aún, una vez solicitada la ayuda, el poco tiempo de permanencia en los mismos.

## **2. Justificación Y Antecedentes**

Una de las instituciones internacionales más comprometida con la investigación en relación al abuso de drogas y sus consecuencias es el National Institute on Drug Abuse (en adelante NIDA). En una reciente monografía realizada en el año 1986, llamada “Women and Drug: A New Era for Research”, se revisó su contenido en busca de antecedentes que nos indicara de alguna manera los estudios relacionados con los factores bio-psico-sociales que afectan a la mujer. En setenta y siete monografías realizadas por esta institución, solamente aparecía ésta con un título al respecto pero, la misma contenía sólo características muy generales: datos epidemiológicos, datos de salud en la mujer; los



efectos pero enfocados de una manera muy general, etc. Debe promoverse el aumento de investigaciones que tomen en cuenta las especificidades en la mujer adicta.

Otro organismo internacional, que opera en la República de Chile, es el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (en adelante Conace); en 1998 efectuó varios estudios en relación al uso de drogas ilícitas en ese país: encontrando que si bien el uso y abuso de drogas es un tema de larga data, la situación de consumo dentro de la población femenina se describe como un problema social emergente, dado el aumento progresivo de mujeres consumidoras en la última década. Dichos estudios, revelan que en las mujeres se observa una tendencia a un mayor consumo en todas las drogas llamadas ilícitas.

Si bien existen variadas investigaciones que abordan la temática del consumo de drogas, aún son escasos los estudios respecto del abuso de drogas femenino, siendo frecuente que las investigaciones acerca del consumo de la población de hombres se haga extensiva a las mujeres. Se encuentran por tanto, pocas cifras segregadas por sexo y en muchas de las investigaciones, la identidad de género es marginal, factor que resulta fundamental al momento de explicar los fenómenos de dependencia de drogas en las mujeres, así como para diseñar políticas de prevención, programas de tratamiento y de reinserción para ellas (Stocco 1998, En: Conace).

En las mujeres de la muestra (Conace 1998), aparece una vivencia de pérdida del "ser mujer" asociada a su condición de "drogadicta"; esto, por el descuido excesivo a nivel de la imagen corporal y por el no cumplimiento de las funciones prescritas al rol femenino, a decir de las perspectivas socioculturales acerca del rol de la mujer (sostenedora de relaciones, fuente de cuidados de otros, suaves, ordenadas, tranquilas, buenas madres y

esposas). Todo lo cual, suscita en las mujeres entrevistadas fuertes juicios devaluatorios frente a sí mismas; como también sentimientos de culpa y falta de dignidad frente a los otros. Lo que las sumerge en una automarginación y vivencia de estigma y exclusión, operando todo a modo de círculo vicioso que refuerza el consumo.

Las mujeres de este estudio, vivencian una mayor discriminación y estigmatización de parte del medio social, definiendo esto a partir de una comparación directa con la realidad de los hombres "drogadictos" (frente a quienes la sociedad sería más permisiva y flexible), esto incidiría en un mayor ocultamiento de su problemática de drogas y una mayor dificultad para acceder a programas de rehabilitación y por ende a situaciones que propicien un cambio.

En las mujeres del estudio arriba citado, el nominarse como " drogadictas" y actuar como tal, aumenta la vivencia de poseer características de dependencia, sumisión y pasividad; las cuales han sido adscritas como parte intrínseca del género femenino. Esto las sitúa en una posición permanente de víctimas frente al sistema que las rodea (lo que estaría presente sistemáticamente en todos sus relatos) obstaculizando con ello la posibilidad de percibir recursos y habilidades propias y de definirse desde significaciones más flexibles y liberadoras.

En Panamá existen varias organizaciones que realizan estudios e investigaciones sobre el consumo de drogas. A partir del año 1991, esto ha cobrado más fuerza, cuando se diversificaron estos estudios tomando en cuenta los cuartos de urgencia de los hospitales de la localidad y centros de tratamiento. Es el caso de los auspicios de la Comisión Interamericana de Control del Abuso de Drogas, de la Organización de Estados Americanos, (CICAD/OEA), que con la Coordinación General de la Secretaría Ejecutiva

de Conapred y la Coordinación Técnica del Ministerio de Salud han llevado a cabo varias investigaciones en materia de drogadicción. En uno de éstos, se aplicó una encuesta elaborada por el Sistema de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC) dirigida a los cuartos de urgencia del Hospital Santo Tomás y el Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social, Hogares Crea, Hospital Psiquiátrico Nacional, Cruz Blanca Panameña.

No cabe duda que todos los estudios que intentan concientizar a la humanidad con datos descriptivos de este tema, son de un valioso aporte. Sin embargo, como se ha mencionado en repetidas ocasiones los resultados muestran factores sociodemográficos y epidemiológicos generales tomados por la vía de la encuesta. Por ejemplo en el mencionado estudio, una de las conclusiones del mismo fue que el 85% de los encuestados fueron varones y el 14.2% mujeres. Sus recomendaciones incluían fomentar investigaciones adicionales en pro de buscar nuevas soluciones a los factores de riesgo y prevención. Precisamente este porcentaje tan desproporcionado en cuanto al género que busca ayuda en los centros, debería inspirar y dar énfasis a la promoción de tratamientos e investigaciones dirigidas a una población específica: la mujer adicta.

En una monografía realizada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas, Islas Canaria, su Comisión de Drogodependencias y Adicciones y con el auspicio del Fondo Social Europeo, llamada “Adicción en Mujeres” se amplía mucho más el estudio de la adicción en la mujer, donde se aporta una interesante información “de primera mano”, recogida directamente de mujeres afectadas por el flagelo de la adicción.

Uno de los resultados obtenidos reflejaron mayor incidencia de consumo de sustancias ilícitas en las mujeres a largo plazo (un 54.2% de la muestra femenina, frente al 27.39%

de los hombres), otro: que existe (en la revisión bibliográfica) más estudios de varones adictos que de mujeres, y que los servicios asistenciales no están orientados genéricamente o más bien están orientados al género masculino.

Siguiendo los resultados y conclusiones de la monografía arriba citada, vemos también que entre las consecuencias del consumo de drogas ilegales, destaca un mayor rechazo familiar, con mayores desestructuraciones familiares, problemas laborales y económicos, dificultades en la capacidad cognitiva, presencia de trastornos afectivos, problemas de salud y de pareja unidos también a baja autoestima (Orte, 1998). Todo esto sumado a las consecuencias físicas asociadas al propio consumo.

Para finalizar, en este interesante estudio en las Islas Canarias, se anotan las consecuencias destacadas en la investigación de la mujer adicta; entre ellas están: marginalidad, inadaptación, abandono familiar, muertes, consecuencias sociales, desestructuración, prostitución, agresiones, violaciones, malas compañías para sentirse seguras, cambios de comportamiento, falta de apoyo familiar, divorcios, entre otros.

Otro aporte son los trabajos realizados por el Department of Health and Human Services - National Institutes of Health. NIDA (E.UA), en uno de los cuales menciona (y concuerda con uno de los objetivos de la presente investigación) que, entre algunas conclusiones se encuentra el hecho que si bien la drogadicción es un problema de salud serio, crónico y recurrente para hombres y mujeres de todas las edades y condiciones sociales, en la población femenina el abuso de drogas puede presentar problemas especiales y requerir distintos métodos de tratamiento.

Un importante número de mujeres que usan drogas han soportado durante su vida otros graves desafíos a su bienestar. Las investigaciones (NIDA) indican que hasta un

70% de ellas también declaran antecedentes de maltrato físico y sexual. Los datos indican igualmente que hay mucha más probabilidad de que la mujer informe sobre una historia de alcoholismo y fármacodependencia a sus padres que el hombre.

Continúa el informe del NIDA: con frecuencia, la mujer que usa drogas tiene problemas de autoestima, poca confianza en sí misma y puede sentirse impotente. Nos dice que muchas mujeres que usan drogas no buscan tratamiento porque tienen miedo, por ejemplo, de no poder cuidar de sus hijos o de no poder mantenerlos; de las represalias de sus parejas; del castigo de las autoridades, etc. Muchas declaran que sus compañeros sexuales que usaban drogas las iniciaron en esa práctica. Además, la investigación indica que la mujer adicta tiene gran dificultad en abstenerse cuando el estilo de vida de su compañero respalda el uso de drogas.

Los sistemas de salud deben hacer saber que es posible para la mujer adicta de cualquier edad vencer la enfermedad de la drogadicción. Aquéllas que han tenido mayor éxito han gozado de la ayuda y el apoyo de otros adultos importantes en su vida: miembros de la familia, amigos, proveedores de tratamiento y de la comunidad.

Hay evidencia científica de que, aun después del uso experimental o casual, la mujer puede volverse adicta más rápido que el hombre a ciertas drogas. Por lo tanto, cuando la mujer comienza a recibir tratamiento, puede estar ya seriamente adicta y, como consecuencia, podría requerir un tipo de tratamiento que identifique sus necesidades especiales y responda a ellas.

Estas necesidades probablemente comprendan problemas serios de salud: por ejemplo, enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) y problemas de salud mental. Más específicamente, los riesgos de salud asociados con el abuso de droga en la mujer son:

- ❑ Mala nutrición y peso por debajo de la media
- ❑ Problemas de autoestima
- ❑ Depresión
- ❑ Maltrato físico
- ❑ Si está embarazada, parto inmaduro o prematuro

Con relación al tratamiento la investigación también indica que, especialmente para la mujer, un factor importante a través del mismo, es poder tener una relación continua con un proveedor de tratamiento. Se espera que cualquier individuo pueda tener lapsos y recaídas, y estos pasos forman parte del proceso de tratamiento y recuperación. Durante estos períodos la mujer en particular necesita el apoyo de la comunidad y el aliento de los que están más cerca de ella. Después de terminar un programa de tratamiento de recuperación, la mujer también requiere servicios que la ayuden a sostener su recuperación y a reintegrarse a la comunidad.

En Colombia, se efectuó una investigación amplia titulada “La Mujer, las drogas y los grupos de Riesgo, por la Dra. Elvia Velásquez; Psiquiatra-Epidemióloga, quien expuso una Ponencia para la reunión del grupo de consulta sobre el “Impacto del Abuso de drogas en la Mujer y la Familia” auspiciado por la Organización de los Estados Americanos OEA y el Instituto interamericano del niño (IIN), en el año 1996. Entre los temas tratados figuraron: diferencias biológicas, psicológicas y clínicas en relación al abuso de sustancias en hombres y mujeres, factores hereditarios, fisiológicos, clínicos, factores de riesgo para el consumo de drogas en mujeres, asociación entre consumo de sustancias y la psicopatología, violencia, maltrato y abuso, consumo de drogas entre estudiantes escolares, consumo de drogas y embarazo, consecuencia del abuso de

sustancias, niñas de la calle, entre otros. Los hallazgos son sumamente interesantes y amplios, donde si bien la mujer no es el motivo principal de la investigación, si abarca muchos antecedentes de importancia para futuros estudios o réplicas en nuestro país.

Otro antecedente a mencionar efectuado en Panamá, es el titulado “Resultados del Primer Estudio Epidemiológico sobre Desregulación Psicológica como Factor de Riesgo al Consumo de Drogas”. El mismo es producto de la labor conjunta de la Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas, (Conapred), el Ministerio de Educación, y la Cruz Blanca Panameña, con la asesoría del Dr. Lenn Murrelle de la Virginia Commonwealth University y con los auspicios de la Embajada de los Estados Unidos.

El informe revela datos acerca de la metodología, la muestra, el instrumento y hallazgos acerca de la extensión del consumo de drogas y factores asociados en grupos con distintos niveles de riesgo.

La población estudiada fue una muestra de adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años de edad, de escuelas públicas y privadas de las provincias de Panamá, Colón, Bocas del Toro y Chiriquí, así como adolescentes en situación de riesgo social (desertores del sistema escolar) y en programas de tratamiento por abuso de drogas.

El estudio tenía como finalidad, además de estimar las prevalencias del uso de drogas, estudiar el fenómeno de la Desregulación Psicológica (DP) como principal factor de riesgo para el consumo de drogas, violencia y otros problemas en adolescentes.

En general, en Panamá se hace un gran esfuerzo en dar más luz y conocimientos relacionados con la enfermedad de la adicción; esperando que en un futuro cercano

podamos contar con investigaciones exclusivas al género femenino en nuestra ciudad y que las mismas ofrezcan más énfasis a lo cualitativo que a lo cuantitativo.

### **3. Objetivos De La Investigación**

#### **3.1. Objetivo general**

- ❑ Disminuir los síntomas psicológicos indicadores de depresión y ansiedad por medio de una terapia breve de forma grupal.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- ❑ Dotar de estrategias adecuadas de afrontamiento y recursos cognoscitivos y emocionales adaptativos a las participantes.
- ❑ Aumentar la capacidad de verbalización de los conflictos y el insight
- ❑ Reforzar la autonomía e independencia personal
- ❑ Fomentar el autoconocimiento y mejorar la autoestima
- ❑ Prevenir la recaída a través de la enseñanza de técnicas cognitivas
- ❑ Evaluar la efectividad de la terapia a aplicar

### **4. Estrategia De Investigación**

Se trata de un diseño de investigación pre-experimental de tipo Estudio de Caso de Intervención Terapéutica; que tal como señala Bellack y Hensen (1989), el mismo es el procedimiento más frecuente utilizado dentro de la psicología clínica y de otras áreas de la psicología aplicada, para evaluar la efectividad de un tratamiento. Como han señalado



estos autores, el estudio de casos es una fuente de ideas para diseñar estudios posteriores en condiciones experimentales más rigurosas, la observación del caso individual puede conseguir información para generar hipótesis sobre la conducta que traten de ponerse a prueba en estudios posteriores. Las réplicas clínicas, concebidas como un objetivo para la investigación clínica controlada, abordan la cuestión de si el tratamiento propuesto, diseñado y validado en la investigación, puede aplicarse en la práctica clínica. Las replicaciones clínicas también pueden aportar un feedback a los investigadores clínicos y a los clínicos que los pueda conducir a una modificación del tratamiento, añadiendo algunos componentes necesarios o eliminando otros inefectivos. La réplica clínica puede, incluso, llevar al investigador y al clínico al punto de arranque de la investigación con una nueva hipótesis de tratamiento, Bellack y Hensen (1989). En el presente estudio se intentará, a través de una intervención psicoterapéutica breve, en forma grupal, mejorar o reducir los síntomas psicológicos de la ansiedad y la depresión que presentan las mujeres adictas en recuperación, pertenecientes a los grupos de Narcóticos Anónimos de la ciudad de Panamá; luego de lo cual, evaluaremos la efectividad de dicha intervención en cada una de las mujeres participantes del proceso. Dentro de la psicología existen varias formas para evaluar la efectividad de un proceso psicoterapéutico, sin embargo, el diseño en mención, aparte de ser flexible, nos permite obtener inferencias válidas acerca de los factores que influyen en el comportamiento. Por otro lado, se centra en el despliegue temporal de variables en el grupo, permitiendo evaluar y medir la variabilidad de la variable dependiente a través del tiempo.

## **5. Variables de investigación**

### **5.1. Variable Independiente**

#### **5.1.1. Psicoterapia breve de grupo**

Según Ezequiel Nieto-Cardoso en su libro “Psicoterapia, Principios y Técnicas”, nos comenta que la terapia breve es una aplicación abreviada de la psicoterapia intensiva, requerida en una situación vital particular y concreta por la que atraviesan personas, en razón de sus circunstancias de tiempo y lugar disponibles y del tipo de problema que presenten. El ejercicio de esta psicoterapia debe quedar como especialidad del terapeuta experimentado y adiestrado.

La psicoterapia breve presenta cinco características propias (Bellak y Small 1969 En: Cardoso 1994). *Primera:* no es una terapia fácil. *Segunda:* el psicoterapeuta debe estar muy alerta a cada comunicación significativa del paciente, al tiempo que formula rápidamente los denominadores comunes, llena los vacíos o huecos de las partes omitidas desde un punto clínico y, simultáneamente decide sobre las intervenciones más provechosas, balanceándolas de acuerdo con la evaluación que hace de las fuerzas yóicas del paciente y las circunstancias reales de la vida de éste. *Tercera:* el psicoterapeuta no tiene tiempo para esperar el desarrollo del insight, pero debe propiciarlo lo más que pueda. *Cuarta:* tampoco tiene tiempo para trabajar a cabalidad el problema que se le presenta, pero debe esforzarse para ayudar lo más posible a la persona aquejada. *Quinta:* cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se logran, debe inventar alternativas.

Para el presente estudio se utilizaron los parámetros de la psicoterapia grupal breve, con un total de dieciocho (18) sesiones, dos veces por semana, a razón de una hora y

media cada una. Se utilizó básicamente un encuadre humanista-existencial, basado en la teoría y práctica de la terapia interpersonal de Irvin D. Yalom, que como punto fundamental se enfoca “en el aquí y ahora”, conjuntamente con el enfoque Terapia Dinámica Modificada (TDGM), que aparte de compartir las bases de la propuesta de Yalom, está diseñada para atender las vulnerabilidades (tolerancia y regulación del afecto, problemas con las relaciones, fracasos en el autocuidado y deficiencias en autoestima) y dificultades caracterológicas subyacentes que conducen a la susceptibilidad del adicto a consumir drogas.

A continuación se detallan las etapas del desarrollo del grupo: *etapa de compromiso* que se relaciona con la cohesión de grupo, una segunda *etapa de diferenciación*, su función consiste en apreciar la cualidad única de los diversos puntos de vista individuales y aprender a enfrentarse a ellos, le sigue *la etapa de trabajo de interacción*, donde el líder de evalúa la conducta del grupo en términos de su adecuación para las necesidades del mismo, y por último la *etapa de terminación*, la cual se centra alrededor de la adaptación a la pérdida. En esta última se incluye la devolución del terapeuta hacia los miembros del grupo (Alonso & Swiller, 1995).

## **5.2. Variables Dependientes**

### **5.2.1. Ansiedad:**

La ansiedad es una reacción a una amenaza real o imaginaria, un sentimiento general de intranquilidad o temor. El estrés es una presión o tensión física, mental o emocional. La tensión es esfuerzo, suspenso, ansiedad o excitación mental o emocional.

Frecuentemente la ansiedad está acompañada de tics o contracciones espasmódicas, tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, irritabilidad, fatiga, pesadillas, problemas de memoria, impotencia sexual, insomnio, boca seca o dificultad para la deglución.

El grado de ansiedad es mucho más una función individual que el grado de estrés. El riesgo de ansiedad se incrementa con el estrés, una historia de neurosis familiar, fatiga o exceso de trabajo, o la recurrencia de situaciones que han sido previamente estresantes o perjudiciales. Causas comunes:

1. un peligro real
2. estrés físico y emocional
3. duelo (por la pérdida de un ser amado o la pérdida de un trabajo)
4. drogas incluyendo cafeína, medicinas para el resfriado (combinaciones orales para tos y resfriado), simpatomiméticos, decongestionantes (antihistamínicos y descongestionantes orales), broncodilatadores, antidepresivos tricíclicos y suplementos tiroideos
5. abstinencia a drogas
6. una dieta deficiente
7. síndrome de hiperventilación
8. hipertiroidismo

### **5.2.2. Depresión:**

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y perder interés en las cosas que antes disfrutaba.

La depresión puede ser el resultado de muchas razones:

- ☐ La herencia genética (se transmite en su familia).
- ☐ Otras enfermedades.
- ☐ Ciertos medicamentos.
- ☐ El uso de drogas o alcohol.
- ☐ Otros problemas mentales (psiquiátricos).

#### **SÍNTOMAS**

Las personas que padecen de depresión tienen ciertos síntomas característicos que les afectan casi todos los días, por lo menos por un periodo de dos semanas.

De estos síntomas los más característicos son :

- ☐ Perder interés en las cosas que antes disfrutaba.
- ☐ Sentirse triste, decaído emocionalmente o cabizbajo.

Y se asocian a los secundarios:

- ☐ Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- ☐ Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.
- ☐ Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.
- ☐ Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- ☐ Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.

- ☐ No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- ☐ Dolores de cabeza.
- ☐ Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
- ☐ Problemas digestivos o gástricos .
- ☐ Problemas sexuales.
- ☐ Sentirse pesimista
- ☐ Sentirse ansioso o preocupado.

## **6. Población y muestra**

### **6.1. Población**

Una población (o universo) es un contexto formado por una colección infinita o finita de elementos o individuos que comparten ciertas características comunes. En general, conviene tomar muestras de una población cuando:

- ☐ La población es muy grande y el investigador no puede trabajar con toda ella.
- ☐ La población es muy uniforme y cualquier muestra es una buena representación de la misma.

El presente estudio tiene como población a mujeres adictas a las drogas, pertenecientes a los grupos de autoayuda Narcóticos Anónimos de la ciudad de Panamá.

## **6.2. Muestra**

La muestra del presente estudio está conformada por nueve (9) mujeres adictas a las drogas, pertenecientes a los grupos de autoayuda de Narcóticos Anónimos, con más de tres meses de recuperación, que por invitación decidieron voluntariamente participar en la terapia grupal y fueron seleccionadas luego de un proceso de evaluación. Cabe destacar que la muestra inicial fue de doce (12) mujeres, dándose una mortandad muestral de tres mujeres que durante la terapia, por distintas razones se retiraron del tratamiento. Una por una inadecuada adaptación al grupo, otra por recaída a la droga y la última por inasistencia.

### **6.2.1. Criterios de Inclusión**

- ☐ Ser adicta a las drogas y pertenecer a Narcóticos Anónimos
- ☐ Estar en proceso de recuperación
- ☐ Estar abstinente del consumo de drogas como mínimo 3 meses
- ☐ No padecer enfermedades o trastornos psiquiátricos orgánicos
- ☐ Tener como mínimo tres meses en el programa de Narcóticos Anónimos

### **6.2.2. Características de la Muestra**

La comunidad de Narcóticos Anónimos es una asociación sin fines de lucro compuesta por hombres y mujeres para quienes las drogas se han convertido en un

problema muy grave. Son adictos en recuperación y se reúnen con regularidad para ayudarse a permanecer en abstinencia del uso de drogas. Es un programa de abstinencia completa de todo tipo de drogas, con un sólo requisito para ser miembro, el honesto deseo de dejar el consumo. Las herramientas de la recuperación más importantes son los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y la asistencia a las reuniones. El programa consiste en una serie de principios escritos de forma sencilla a fin de poder seguirlos diariamente. Narcóticos Anónimos no está afiliado a ninguna organización, no tiene cuotas de inscripción ni se pagan honorarios, se mantiene con sus propias contribuciones. Cualquier persona puede unirse a esta asociación sin importar su edad, género, raza, preferencia sexual, credo, religión ni falta de ésta última.

Los miembros de Narcóticos Anónimos tiene un lema importante para ellos que es el siguiente: “Solo podemos conservar lo que tenemos en la medida en que lo compartimos con otras personas”. En otras palabras, su fundamentación está basada en la ayuda mutua; por eso una de las herramientas más importantes del programa es el “apadrinamiento” (relación padrino-ahijado), que consiste en que una persona o miembro de más vivencia en los grupos (padrino, escogido por un adicto en recuperación) ayuda con su ejemplo al que lo busca.

## **7. Tipo de muestreo**

El muestreo es un proceso que se realiza con el fin de obtener una representación de la población que contenga las mismas características generales que aquélla, con relación a las variables que son objeto de interés. Llamaremos unidades de muestreo a



los individuos o elementos de los que están formada la población; que dados los objetivos de la presente investigación serán las mujeres adictas en recuperación de Narcóticos Anónimos.

Esta muestra se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico (en el tipo y diseño de investigación no es viable seleccionar una muestra al azar) llamado “estratégico” en el que la selección de unidades muestrales responde a criterios subjetivos, acordes con los objetivos de la investigación. En el muestreo no probabilístico la elección de elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador.

## **8. Instrumentos de Medición**

La información y medición recopilada en la presente investigación se llevó a cabo mediante la utilización de los siguientes instrumentos, a saber:

### **8.1. Entrevista psicológica**

Se llevó a cabo dos entrevistas psicológicas con el fin de recopilar información sobre cada uno de los nueve sujetos de estudio; a razón de una hora cada una. En las mismas se obtuvo información sobre la historia personal y familiar, situación socioeconómica, la infancia y la niñez, rendimiento escolar, pubertad y adolescencia, adultez, episodios psicopatológicos previos, intentos suicidas, adaptación en los grupos de auto-ayuda. Igualmente al final de cada entrevista se les cuestionó a cada una sobre su

concepción de terapia de grupo, con la finalidad de conocer si había una diferencia entre el tratamiento a implementarse y los grupos de autoayuda. También se les cuestionó sobre los conflictos que más les preocupaba resolver, a lo que por unanimidad contestaron lo siguiente: ansiedad, depresión, baja autoestima, entre los más destacados.

## **8.2. Encuesta**

Se elaboró una encuesta con el fin de recaudar datos sociodemográficos de cada una de las participantes, así como también datos relacionados al consumo de drogas como son: drogas más utilizadas, tiempo de uso, recaídas, tiempo de abstinencia, duración en el programa de Narcóticos Anónimos. Igualmente otros intereses como son entretenimientos y motivaciones, por mencionar algunas cuantas.

## **8.3. Inventario de Ansiedad-Rasgo-Estado (IDARE)**

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE 1975), es una versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory), constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2) la llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). La escala A-Rasgo del inventario de ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos que indiquen como se sienten en un momento dado.

El IDARE ha resultado un instrumento de gran utilidad en el trabajo clínico. La aplicación del inventario no tiene límite de tiempo, sin embargo los estudios muestran que el tiempo promedio de duración es entre 12 a 20 minutos (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Este instrumento fue aplicado a las participantes del tratamiento, de manera grupal, en dos ocasiones: al inicio de la primera sesión (pre-test) y al final, o sea la última sesión del tratamiento (post-test). En ambos casos, se midieron los resultados obtenidos, los cuales se presentarán en el apartado de los resultados del presente estudio.

#### **8.4. Inventario de Depresión de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck fue desarrollado, en un primer momento, como un instrumento heteroaplicado de 21 ítems que evaluaba la intensidad del síndrome depresivo. A continuación, los autores realizaron una versión paralela, en forma autoaplicada, transformando cada ítem en 4 ó 6 frases *autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad*. Conde y Useros en los años 1974,1975 (Conde y Franch 1984), tradujeron y adaptaron al castellano la versión inglesa, pero balanceando las opciones de respuesta con el fin de evitar sesgos al responder.

También se ha desarrollado una forma corta de 13 ítems procedentes de los 21 originales (Beck et al, 1974 En: Conde y Franch 1984). Sin embargo, a pesar de que la correlación entre ambas formas es alta (0,96), se aconseja utilizar la versión de 21 ítems, ya que el porcentaje de errores de clasificación cometidos con ella es más bajo (Cendales et al, 1987 En: Conde y Franch 1984).

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión; solamente una tercera parte de los ítems hacen referencia a aspectos fisiológicos o conductuales.

La versión más conocida en España es la de Conde y Franch (1984). Sin embargo, la última versión del cuestionario (Becks et al, 1979 En: Conde y Franch 1984) resulta más adecuada y de más fácil aplicación, además de considerar el punto de referencia del paciente a la hora de contestar el cuestionario no sólo el momento actual, sino también la semana anterior.

La instrucción es que se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 apartados marque con una cruz a la izquierda la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

La clave de corrección aparece a la izquierda de cada una de las frases, (esta corrección no aparece en el formato de lectura para el sujeto). La puntuación directa total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto, en los 21 apartados.

El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 63. Los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo son los siguientes (Beck 1988):

- normales: 0 a 9
- depresión leve: 10 a 18
- depresión moderada: 19 a 29
- depresión grave: 30 a 63

El Inventario de Depresión de Beck, sido concebido para la detección y cuantificación del síndrome depresivo en adultos; en ningún caso es instrumento adecuado para realizar

un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos (Kendal et al, 1987 En: Conde y Franch 1984). Debe utilizarse por tanto en pacientes previamente diagnosticados de depresión. Es uno de los instrumentos más empleados en la práctica clínica como medida del progreso terapéutico a lo largo del tratamiento. Su uso está también ampliamente extendido en investigación para la selección de sujetos.

Al igual que el IDARE, este inventario fue aplicado en esta investigación al inicio y al final del tratamiento, o sea una aplicación pre-test y otra post-test, en ambos casos, para evaluar la efectividad del tratamiento aplicado.

#### **8.5. Otras pruebas de uso proyectivo**

Con el fin de ampliar el conocimiento a profundidad de la historia de cada sujeto que compone el grupo de estudio, se adicionaron las siguientes pruebas proyectivas, con fines primordialmente cualitativos y en unos pocos cuantitativos, de manera descriptiva, en los cuales solamente se indicará, en el apartado de resultados de la presente investigación los indicadores más sobresalientes de manera grupal de estas pruebas. Cada una de éstas se aplicaron en la primera de las dos entrevistas individuales a cada una de las participantes de la terapia grupal, a excepción del test de Frases Incompletas de Sacks que se aplicó en la segunda sesión grupal.

### **8.5.1. Test de la Figura Humana**

Se supone que todo aspecto de la conducta humana tiene alguna significación. Los gestos, las expresiones faciales, los garrapateos y movimientos motores aparentemente accidentales, tienen significados que pueden o no resultar accesibles a la interpretación. Mientras que se administra la prueba, el examinado no sólo dibuja sino que también se comporta.

Algunos clínicos interpretan cada dibujo como una proyección de la imagen corporal o del concepto de sí mismo; de las actitudes hacia otra persona en el medio ambiente; de la imagen del yo ideal; un resultado de circunstancias exteriores; una expresión de patrones de hábitos; la expresión del tono emocional; una proyección de las actitudes del examinado hacia el examinador y la situación; una expresión de sus propias actitudes hacia la vida y la sociedad en general: una combinación de todo esto (Lawrence y Bellak, 1987).

La consigna sugerida por K. Machover es que se le pide al sujeto que “dibuje una persona” (Machover, 1979); luego se le indica que dibuje una persona del sexo opuesto al primero que dibujó. Finalmente se le solicita al sujeto que coloque el nombre y la edad de los personajes dibujados. Como una nueva modalidad a esta técnica se le pide al sujeto que luego dibuje dos personas del mismo sexo y una del contrario y que en la parte posterior de la hoja elabore una historia de esos personajes con principio, medio y fin de la misma.

La interpretación de los resultados de los dibujos es evaluada a través del procedimiento sugerido por Machover, el cual contiene ciertos indicadores presentes o

ausentes en los dibujos y los cuales tienen un significado específico. Por mencionar algunos están: secuencia, comparación y descripción de las figuras, tamaño, emplazamiento, movimiento, distorsiones y omisiones (partes del cuerpo), grafología, etc.

#### **8.5.2. Test del Casa-Árbol-Persona (HTP)**

Según Emanuel Hammer (1997), el interés fundamental del clínico en los dibujos de la casa, del árbol y de la persona (el test HTP) consiste en la posibilidad de observar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente; qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha. Esta prueba tiene gran contenido simbólico que se satura de las experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad, las que luego se proyectan cuando esos conceptos son dibujados.

La consigna es pedirle al examinado que dibuje primero una casa, luego el árbol y después la persona. Se le aclara que puede borrar y que no se sienta que debe ser un artista para esto. Al final se le pide que escriba si la casa está abierta o cerrada, quién está allí, de quién es la casa y si ésta le trae algún recuerdo a la memoria. Para el árbol: se le pide la edad, si está vivo o muerto, que clase de árbol es y si le recuerda algo. A la persona se le solicita que le coloque la edad y el nombre y si le recuerda a alguien en especial.

La evaluación de los resultados se efectuaron con los indicadores que propone Hammer, en su libro “Tests Proyectivos Gráficos”, donde se evalúan elementos

proyectivos de la casa el árbol y la persona; ofreciendo de esta manera un significado de las características de cada dibujo.

### **8.5.3. Test de Frases Incompletas de SACKS**

Esta prueba consiste en un número de frases incompletas que el examinado debe completar. Por lo común no se ofrecen instrucciones excepto “Complete esta frase con la mayor rapidez posible; no se detenga para pensar en ellas, diga lo primero que se le ocurra”. Se intenta con esta prueba explorar diversas áreas básicas de las relaciones interpersonales (Lawrence y Bellak, 1987).

Para la interpretación y puntaje se ideó un protocolo de evaluación que reúne, bajo cada actitud, los cuatro ítems-estímulo y las respuestas del examinado a ellos. Luego se gradúa la perturbación del examinado en esta área, de acuerdo con la siguiente escala: 2= *para seriamente perturbado; parece necesitar ayuda terapéutica para manejar los conflictos emocionales en esta área*; 1= *levemente perturbado; tiene conflictos emocionales en esa área pero parece capaz de manejarlos sin ayuda terapéutica*; 0= *ningún trastorno significativo observado y por último X= se ignora, pruebas insuficientes*.

El autor considera que conviene señalar simplemente las áreas de trastorno y determinarlas a través de una constelación de respuestas (Lawrence y Bellak, 1987).



## 9. Método de Investigación

Tal como se mencionó en líneas anteriores, la Terapia Breve fue el método de intervención terapéutica utilizado para la presente investigación. Se realizaron dieciocho (18) sesiones a razón de dos veces por semana de una hora y media cada una. El encuadre utilizado fue la terapia grupal enfocada en “el aquí y ahora” de Irvin Yalom, y como segundo elemento importante el “esclarecimiento del proceso terapéutico”, que en el caso que nos ocupa nos encamina a abordar, de manera escalonada, los distintos síntomas psicológicos, como son primordialmente los síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres adictas en recuperación. Igualmente y de manera conjunta se utilizó el enfoque Terapia Dinámica Modificada (TDGM), que aparte de compartir las bases de la propuesta de Yalom, está diseñada para atender las vulnerabilidades (tolerancia y regulación del afecto, problemas con las relaciones, fracasos en el autocuidado y deficiencias en autoestima) y dificultades caracterológicas subyacentes que conducen a la susceptibilidad del adicto a consumir drogas.

Las integrantes de un grupo se reconocieron como miembros aceptando comportarse con base en una serie de valores y normas, que fueron comunicadas del sistema psicoterapéutico, a lo que se denomina *contrato terapéutico*.

Se utilizaron otras dinámicas grupales durante el proceso terapéutico, con el fin de enriquecer aún más el proceso, a saber: taller donde se le solicitaba a las integrantes del grupo tareas para elaborar en casa y discutir en siguientes sesiones, charlas, audiovisuales, técnicas de respiración, dramatizaciones.

## 10. Procedimiento de investigación

Primeramente, al plantearnos el presente estudio, realizamos una encuesta en las instancias pertinentes, gubernamentales y no gubernamentales como Conapred, Hogares Crea, Cruz Blanca, etc. De esta manera detectamos que en Narcóticos Anónimos disponían de mayor información y más detalles sobre el proceso de recuperación en general y , en las mujeres; más que nada una mayor membresía de esta población en particular. Las reuniones de Narcóticos Anónimos son sesiones cerradas, por lo que se hizo imprescindible contactar un miembro conocido y de esta manera solicitar los permisos pertinentes de tal suerte que por un período de mes y medio, de lunes a viernes, con una duración de dos horas, se pudo participar como “observadora” de la dinámica grupal de estos grupos. Igualmente se compró el libro base (N.A.) con el que se trabaja el programa de Narcóticos Anónimos que contiene diez capítulos y el cual la examinadora se leyó en su totalidad, para la comprensión y análisis del mismo.

Luego se procedió a conversar con cada una de las mujeres que asistían, presentando la propuesta de investigación a realizar. La acogida fue muy positiva y en este sentido se propuso un primer acercamiento grupal para dar a conocer los lineamientos y propuesta del tratamiento a ofrecer. La primera reunión fue cancelada sin previo aviso. Luego se lograron dos reuniones preliminares donde la asistencia fue óptima, alrededor de veinte participantes en cada una, donde se logró establecer el *rapport*. En la última de éstas, se cuestionó la disponibilidad de tiempo y por último se recolectaron los números telefónicos y correos electrónicos para darle comienzo a las citas para las entrevistas individuales, y se les solicitó llenar la encuesta sociodemográfica. En este sentido, se

lograron dieciséis entrevistas psicológicas; sin embargo acogiéndonos a los criterios de inclusión, se concretó el grupo de doce mujeres y hubo una mortandad muestral de tres, quedando finalmente nueve (9) participantes en el estudio de investigación.

Una vez terminado el proceso de entrevistas psicológicas se fijó la fecha de inicio de la terapia y su curso fue normal; la asistencia fue puntual y la finalización de las sesiones se lograba mediante el sonido de una alarma indicando que el tiempo había terminado. Las fases o etapas de la terapia ya fueron expuestas en líneas anteriores. En la primera y segunda sesión se aplicaron pruebas grupales: primero el pre test de Beck e IDARE y la segunda, el test de Frases Incompletas de Sacks, para luego continuar con la sesión. El último día de tratamiento fue la última etapa donde se suministró nuevamente las pruebas de post test de Beck e IDARE, para luego continuar con el proceso que finalizó con la devolución del examinador a todas las participantes.

Finalmente se procedió a darle inicio a la evaluación de las pruebas y análisis de todo el proceso terapéutico.

## **11. Modelo de análisis estadístico**

Para la presente investigación se tomaron en cuenta varios aspectos metodológicos. Primeramente se consideró la conveniencia de la aplicación del estadístico de prueba no paramétrica, la cual no tiene ningún requisito de aplicación, no requiere que los datos tengan una distribución aproximadamente normal, por esto se denominan libre de distribución. Éstas no exigen el cumplimiento de ciertas condiciones, son especialmente útiles cuando se desea probar hipótesis y llegar a conclusiones globales pero válidas en

cuanto a las diferencias encontradas en las variables dependientes. También son utilizadas cuando se tienen pocos sujetos de estudio (menos de 15), y son de gran utilidad en cuanto que el investigador estudia el efecto de una sola variable independiente, como es nuestro caso: un tratamiento: terapia grupal breve. Para el análisis de la data se ha seleccionado el método estadístico no paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney de una cola, se considera la mejor sustitución en este caso para reemplazar la utilización del estadístico “t de student” para dos grupos. La data recopilada por medio del Pretest es utilizada para conformar la data del grupo uno (1) y el Posttest el grupo (2), siendo así cada grupo su propio control.

Greene y D’Oliveira (1984), recomiendan, para las pruebas de hipótesis referentes a la comparación pre-post para un mismo grupo: la prueba arriba mencionada (Suma de Rangos de Wilcoxon) para diseños relacionados. Con esta prueba se compara el desempeño de los mismos sujetos en dos momentos diferentes.

Se examinaron los resultados obtenidos por los test cuantitativos no proyectivos. Para ello se tomó en cuenta los instrumentos de la Escala de Medición de Beck y el de la Sección de Ansiedad Estado del IDARE. Para ambos se utilizó una Hipótesis Nula donde no se encuentran diferencias entre las medias de ambos grupos y se propone como Hipótesis Alterna donde la media del grupo Posttest es menor que la del Pretest.

En base a lo anterior, la hipótesis a probar serían:

**Ho:** Los puntajes obtenidos en la media por las pacientes en la prueba de Beck e Indare (AE) en el Postest son iguales o mayores a los puntajes obtenidos en el Postest, evidenciando que no hubo una disminución en los síntomas de depresión y ansiedad.

**Ha:** Los puntajes obtenidos en la media por las pacientes en la prueba de Beck e Indare (AE) en el Postest son menores a los puntajes obtenidos en la media en el Pretest, evidenciando que hubo una disminución en los síntomas de depresión y ansiedad.

**Ho:**  $\bar{X}$  Postest es  $\geq$  que la  $\bar{X}$  del Pretest

**Ha:**  $\bar{X}$  Postest es  $<$  que la  $\bar{X}$  del Pretest

Igualmente se utilizaron gráficas y cuadros para detallar los datos cuantitativos en relación a la encuesta aplicada, así como también los indicadores más sobresalientes de las pruebas proyectivas y la historia personal de cada una de las participantes en esta investigación.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

### **1. Resultados de la Muestra**

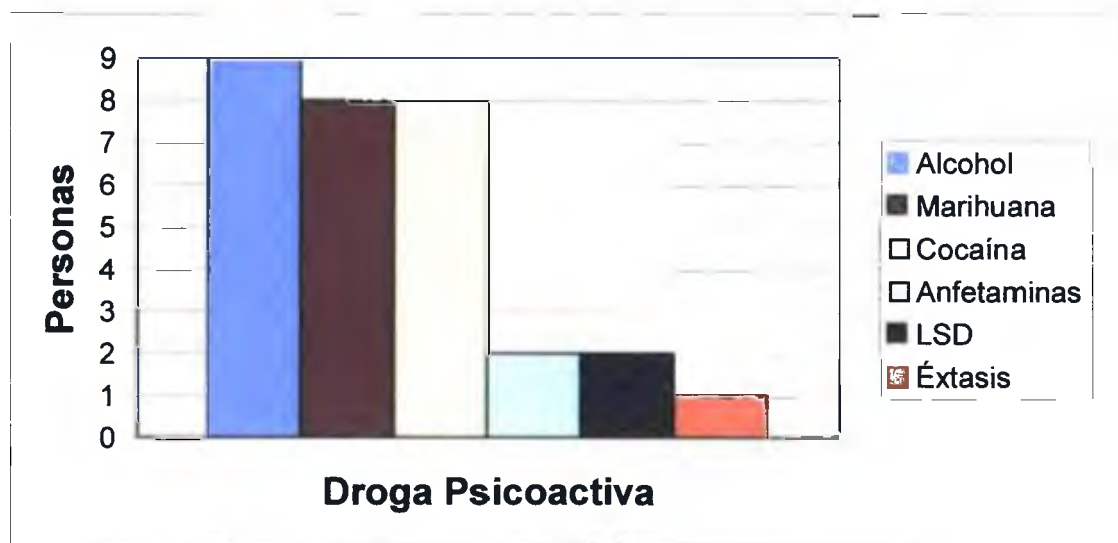
Primeramente, a manera de aclaración y siguiendo los lineamientos de toda ética y en especial de la profesión del psicólogo clínico, los nombres de las participantes de la muestra se identificarán con una inicial marcada en letra negrita, itálica y subrayada. Igualmente el examinador procederá a modificar mediante símbolo, ej. (/%%%\$\$\$), la profesión y no se mencionarán ciudades ni provincias para guardar el anonimato.

La muestra fue escogida para que ésta cumpliera con los requisitos de ansiedad y depresión. No es una muestra representativa de la población ya que por la escasez de personas que cumplieron con los requisitos que estuvieron de acuerdo a participar en la investigación no se cumple la aleatoriedad de la misma.

Es importante destacar que todas las participantes de la muestra de esta investigación habían consumido drogas psicoactivas (gráfico I). El alcohol, la marihuana y la cocaína son las adicciones que más se repiten a lo largo de la muestra. La cocaína, a pesar de no ser la más utilizada es la preferida de la muestra. A pesar de que coinciden en los tipos de sustancias psicoactivas difieren en gran medida: tanto en la edad del inicio del consumo como en el tiempo de abstinencia.

Gráfico I

**DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO  
DE DROGAS PSICOACTIVAS**



Otros datos interesantes de la muestra son que la mayoría son jóvenes (21-35 años) solteras y de religión católica. Es importante que a pesar de que todas tienen un problema de adicción, ninguna de ellas estaba bajo los efectos del consumo en las sesiones del tratamiento. Además el periodo mínimo de abstinencia mencionado es de tres (3) meses y 4 días del sujeto I al iniciar la terapia.



Cuadro I

**DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Cantidad</b>
21-25	4	Casadas	2
26-30	1	Unidas	1
31-35	1	Solteras	5
36-40	3	Divorciadas	1
<b>Religión</b>		<b>Persona llevo a Trat.</b>	
Católica	6	Familiares	4
Evangélica	2	Otros	5
<b>Tratamiento</b>		<b>Escolaridad</b>	
Si	6	Secundario	4
No	3	Universitario	5
Recaídas			
1-3	4	3-6	4

A pesar de que la muestra es bastante heterogénea tiene suficientes factores comunes como para poder dar resultados globales. Esto se prueba más adelante en los resultados de la tesis donde se muestran las similitudes de las pacientes en las diversas pruebas psicológicas. Un elemento importante a destacar son las recaídas, que fueron expresadas a través del miedo tanto en las sesiones como en las entrevistas individuales. Como se puede observar, solamente una persona de la muestra no ha recaído y esto se puede explicar dado su poco tiempo en el programa (3 meses); es el caso de T.

## **2. Resultados Grupales**

En el presente estudio tenemos en cuenta que la variable independiente es la terapia grupal, la cual pretende disminuir las variables de depresión y ansiedad. La muestra escogida no es representativa de la población en general, sino más bien personas que presentaron cierto nivel de depresión y ansiedad.

Fueron utilizados distintos instrumentos de medición para poder medir las variables. Para la medición de ambas variables fueron utilizados tres pruebas proyectivas: Frases Incompletas de Sacks, Dibujo de la Figura Humana (DFH) y Casa-Árbol-Persona (HTP). Las cuales fueron utilizadas para establecer las características de la muestra. Para medir exclusivamente la depresión se utilizó el test de Beck y la ansiedad la sección de Ansiedad Estado de IDARE. Estos últimos fueron utilizados como criterios de medición Pre-test y Post-Test.

Los datos son presentados de forma numérica y objetiva en las pruebas Beck e IDARE y en diversas tablas ordinales para los aspectos cualitativos observados tanto en el proceso de terapia como en la aplicación de las pruebas proyectivas. Los datos cualitativos, por ser una interpretación de los actos y respuestas miden la dinámica y mundo interno del paciente, pero los resultados no pueden ser tratados en una escala de intervalo, sino como escala ordinal.

Las escalas ordinales se realizaron contando la cantidad de incidencias que se encontraban en los test denotando un rasgo o patología. Estos fueron colocados en un cuadro de frecuencias cuyos resultados se pueden ver resumidos en el Cuadro II. Estas

pruebas fueron aplicadas para conocer a la muestra y establecer la presencia de las características a medir en un periodo previo a la introducción del tratamiento.

Para esta tesis se define la unidad de la incidencia como la presencia de uno o varios indicadores en los test proyectivos cualitativos presentados por cada sujeto. Es decir que al existir varios indicadores para “conflicto sexual”, si se dan dentro de los resultados de un mismo sujeto solamente cuenta como una incidencia. De esta forma la cantidad máxima de incidencias es nueve (9) ya que nuestra muestra posee un total de nueve sujetos.

Cuadro II

### RESULTADOS GRUPALES DE TEST PROYECTIVOS CUALITATIVOS

<b>DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH)</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Incidencias</b>
Conflicto Sexual	9
Agresividad	8
Depresión	7
Rasgos Paranoides	7
Homosexualidad	6
Ansiedad	6
<b>CASA-ARBOL-PERSONA (HTP)</b>	
Aislamiento	9
Conflictos Sexuales	6
Problemas de Contacto con la Realidad	6
Depresión	4
Ansiedad	4
Agresividad	4
<b>FRASES INCOMPLETAS DE SACKS</b>	
Temores	8
Sentimientos de Culpa	8
Actitud frente a las Propias Capacidades	8
Actitud frente a la Madre.	7
Actitud frente al Padre	7
Actitud frente al grupo familiar.	6
Actitud frente a las Relaciones Heterosexuales	5
Actitud frente al Pasado	5

Como podemos ver tanto en el DFH como en el HTP se muestran la Ansiedad y la Depresión como indicadores comunes entre los sujetos. Los criterios de Sentimientos de Culpa y Actitud mencionados en el Test de Frase Incompletas de Sacks hacia las propias capacidades pueden ser incluidos dentro de los factores que pueden ser causantes de depresión. Es interesante observar la existencia de Conflicto Sexual con un mayor número de indicadores en ambos casos. Este indicador a pesar de que se encuentra generalizado en la muestra, su estudio escapa a objetivos de esta tesis.

Para el análisis de la data se ha seleccionado el método estadístico no paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney de una cola. Las pruebas no paramétricas permiten eliminar la dificultad atribuida por las diferencias extrañas entre grupos y el Test de Wilcoxon-Mann-Whitney se considera la mejor sustitución en este caso para reemplazar la utilización de "t de student" para dos grupos. La data recopilada por medio del Pretest es utilizada para conformar la data del grupo 1 y el Posttest el grupo 2, siendo así cada grupo su propio control.

Tomando en cuenta estas aclaraciones, examinaremos los resultados obtenidos por los test cuantitativos no proyectivos. Para ello se toman en cuenta los instrumentos de la Escala de Medición de Beck y el de la Sección de Ansiedad Estado del IDARE. Para ambos se utilizó una Hipótesis Nula donde no se encuentran diferencias entre las medias de ambos grupos y se propone como Hipótesis Alterna donde la media del grupo Posttest es menor que la del Pretest.

Cuadro III

**RESULTADOS GRUPALES DE VARIABLES**

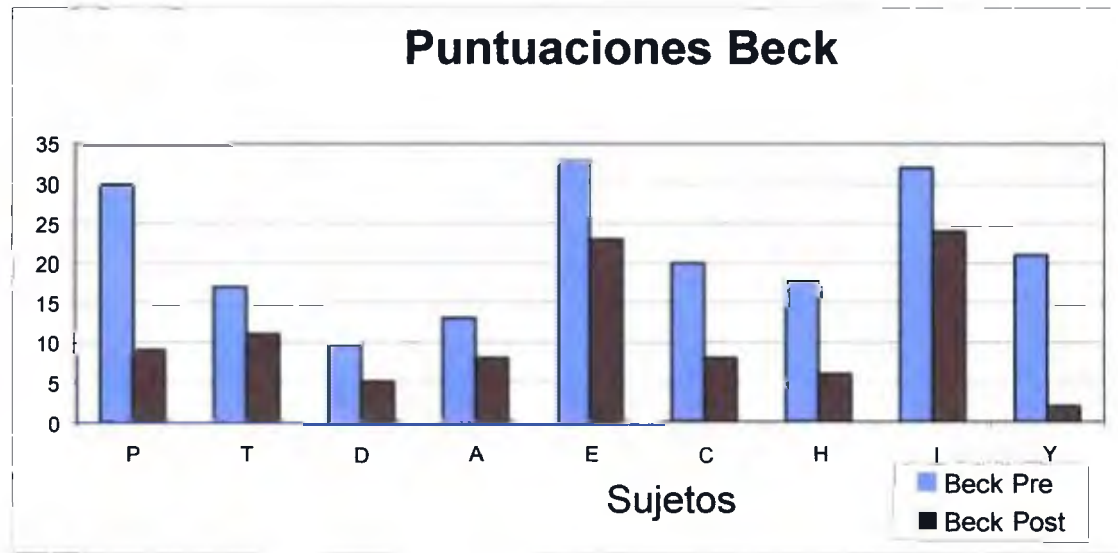
VALORES	PRUEBA			
	Beck		IDARE AE	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Media	21,5	10,6	47,7	36,3
Desviación E.	8,32	7,71	11,72	7,76
Confiabilidad	95%			
N	9			
Wilcoxon	-2,42		-2,2	

Con estos resultados podemos concluir que se rechaza la Hipótesis Nula, aceptando así la Hipótesis Alterna en ambos casos. Veamos esto con más detalle.

En los puntajes obtenidos entre las medias mostradas por el Test de Beck marca una diferencia estadísticamente significativa mostrando que los resultados en el Posttest en promedio son menores que en Pretest. Esta información grupal se encuentra desglosada en el Gráfico II.

Gráfico II

**PUNTUACIONES INDIVIDUALES EN EL  
TEST DE BECK**



Como podemos observar a nivel individual existe una notable diferencia entre la puntuación recibida por los sujetos antes y después del tratamiento. Antes del tratamiento los sujetos P, E e I, muestran niveles de depresión grave. C e Y niveles moderados y el resto niveles de depresión leve. Después del tratamiento E e I se encuentran en un nivel de depresión moderado y T en un nivel leve, siendo todos los otros niveles normales. Logrando un cambio de 0 a 6 sujetos en niveles de depresión normal.

Para la medición de la ansiedad se utilizó la prueba de IDARE en la sección Ansiedad Estado (AE). Se toman los resultados excluyendo la Ansiedad Rasgo (AR) ya que por la definición de la prueba estos permanecen relativamente estables a través del tiempo y

sólo se lograrían cambios a través de una intervención profunda en la personalidad de los sujetos, lo que escapa del estudio de esta tesis.

Los resultados son mostrados en percentiles y agrupados según su relación con la media, como lo podemos observar en el cuadro IV:

Cuadro IV

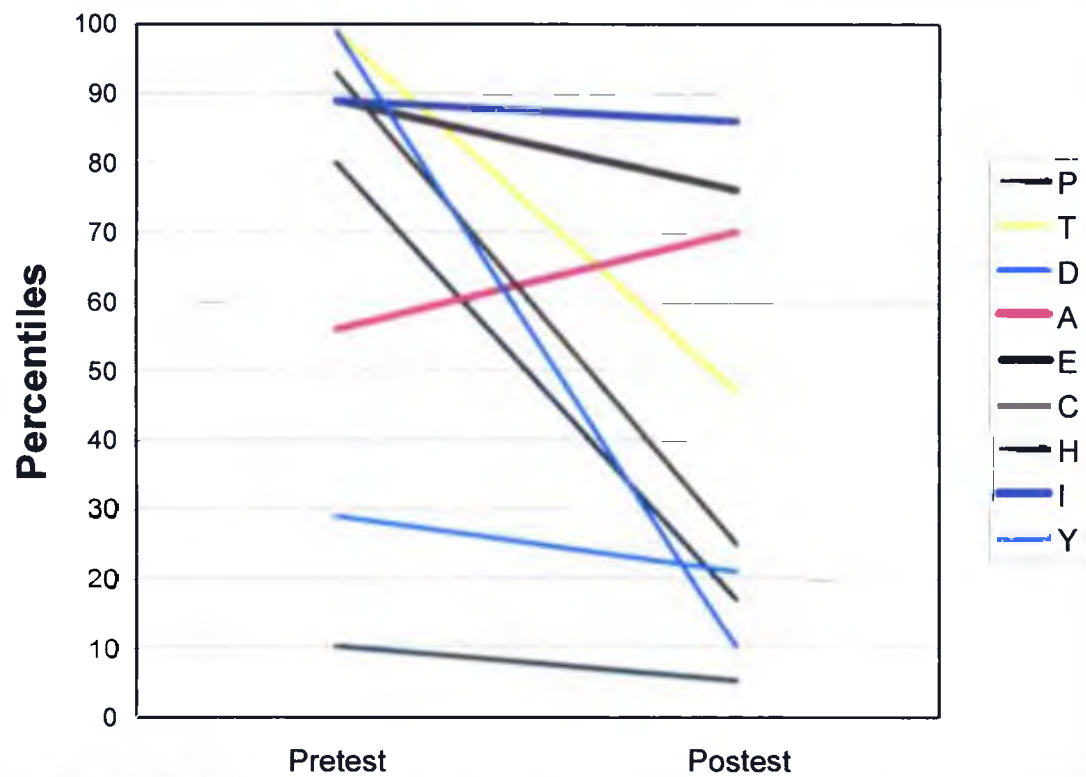
**RESULTADOS GRUPALES DEL TEST IDARE AE**

RESULTADOS	IDARE AE	
	Pretest	Posttest
Promedio	3	6
Por encima del Promedio	3	1
Por debajo del Promedio	1	2
Muy por encima del P.	2	0
Muy por debajo del P.	0	0
Total	9	9

Según los resultados de la prueba podemos ver una reducción considerable en la Ansiedad Estado antes y después de la intervención, donde solamente un sujeto se encuentra por encima del promedio. Si observamos los resultados en forma individual (Gráfico II) nos damos cuenta que el Nivel de Ansiedad Estado disminuye en 8 de los 9 sujetos. El sujeto 4 durante el tratamiento presenta un cambio en su ambiente importante como es la ruptura de la pareja con el abandono de la misma, lo que puede ser considerado como un factor estresante. Tenemos que tomar en cuenta que los sujetos no se encontraban en condiciones de laboratorio por lo que el medio puede influir.

Gráfico II

**RESULTADOS INDIVIDUALES DEL TEST IDARE AE**



En el caso del sujeto A vemos que existe un incremento importante en su percentil en Ansiedad Estado. A pesar de que se corrobora la hipótesis de forma grupal, en el caso de A por el contrario, se presenta un mayor nivel de Ansiedad. Estos casos serán analizados más cuidadosamente en la discusión de los resultados.

Finalmente se utilizó como tercer criterio de medición, los resultados de las Historias Clínicas, para corroborar los resultados presentados. Estos concuerdan con lo encontrado en las pruebas proyectivas siendo el primer factor el conflicto sexual y la agresión. Se ve marcado repetidas veces.



Cuadro V

**RESULTADOS GRUPALES DE HISTORIAS CLÍNICAS**

<b>Evento</b>	<b>Cantidad</b>
Abuso sexual	7
Violencia intrafamiliar	7
Intentos suicidas	6
Dificultad para Recordar su Infancia	5
Duelo No Resuelto	4
Pensamientos suicidas	3

**3. Análisis Comparativo de los Grupos**

Anterior a este punto número tres, se analizó de manera descriptiva, mediante cuadros y gráficas, los resultados obtenidos cuantitativamente, que reflejan los procedimientos estadísticos utilizados para corroborar en esta presentación investigativa, la efectividad de la variable independiente, que en el caso que nos ocupa es la terapia breve de grupo con relación a las variables dependientes de esta investigación científica, como son la ansiedad y la depresión presentada en mujeres adictas en recuperación pertenecientes a los grupos de autoayuda de Narcóticos Anónimos. Así, se observó que a través de la aplicación de una prueba pre test y post test que medían la ansiedad estado y la depresión de las participantes, antes y después del tratamiento, se logró disminuir estos síntomas psicológicos, logrando de esta manera, cumplir con nuestro objetivo general presentado en páginas anteriores, el cual propone claramente la disminución de dichos síntomas mediante el tratamiento antes dicho.

Como criterio de inclusión, se exigía que las participantes cumplieran con ciertos requisitos, como son: ser adicta a las drogas, ser miembro de Narcóticos Anónimos y tener como mínimo tres (3) meses de abstinencia, entre otros. En este sentido se elaboró una encuesta que recogía datos importantes como es el hecho del consumo en el pasado de drogas psicoactivas; resultando el alcohol la droga más consumida y en segundo lugar la cocaína y la marihuana. La edad de consumo en los datos de la muestra, señalan que la mayoría eran personas solteras entre 21 y 35 años de edad y la mayoría con una orientación religiosa hacia el catolicismo. La mayoría de esta muestra, o sea seis de nueve sujetos, habían recibido tratamiento antes de iniciar su abstinencia en el programa de Narcóticos Anónimos.

Otro tema de suma importancia es la prevención de la recaída, que igualmente fue un objetivo específico del tratamiento aplicado. En este sentido, ocho (8) de las nueve (9) participantes de la terapia grupal, habían tenido en el pasado varias recaídas en la droga. T resultó la única que no había recaído; para lo cual es importante señalar que sólo contaba con tres meses de conocer el programa de Narcóticos Anónimos y en el pasado tampoco había recibido tratamiento alguno. Como se ha mencionado en varias ocasiones, el peligro de la recaída está más pronunciado en la mujer adicta que en el varón; dificultándosele su proceso de recuperación, posiblemente debido a los roles sociales pre-establecidos, ya sea impuestos o auto impuestos. Esto funciona de manera peligrosa, como un gran estresor psicológico igualado a una “olla a presión”. Las connotaciones típicas de una mujer y en particular las que conforman la muestra del presente estudio, tienen un sinnúmero de rasgos y sintomatología patológica que agrava aún más su proceso de mantenerse sin consumir; es así que se le da importancia al tema de la recaída

y cómo prevenirla. Por último un dato sociodemográfico refleja que cinco (5) personas de la muestra son profesionales universitarias y cuatro (4) llegaron a secundaria escolar. La motivación de buscar ayuda, en este caso en Narcóticos Anónimos, se distribuyeron en dos categorías: cinco fueron motivadas por otras personas y cuatro por sus familiares.

Para esta tesis se utilizaron también otros instrumentos de medición que dieron a conocer resultados grupales e individuales como consecuencia de la aplicación de pruebas proyectivas, como son el test de Frases Incompletas de Sacks, el Dibujo de la Figura Humana (DFH) y el test de Casa-Árbol-Persona (HTP), así como también la Historia Clínica y la Encuesta arriba mencionada.

Tal como lo menciona E. Hammer, en su libro “Test Proyectivos Gráficos”, las técnicas proyectivas son instrumentos de gran utilidad desde un punto de vista clínico, como método de diagnóstico económico y como accesorio para la psicoterapia y por lo tanto es posible analizar la personalidad desde esta perspectiva. En este sentido, los resultados obtenidos de estas pruebas fueron muy beneficiosas para esclarecer aún más el proceso terapéutico en el tratamiento de terapia grupal breve; los mismos fueron tomados de manera significativa y no general. En otras palabras, se resumieron los indicadores que más resaltaban y que eran comunes en el grupo de la muestra. Los tres test proyectivos fueron presentados juntos, mediante cuadro ilustrado en el apartado anterior de forma cuantitativa, comparando de manera visual la relación entre todos. Sin embargo, cabe señalar que llama poderosamente la atención el hecho de que no siendo otros indicadores los propuestos a analizar en este estudio de manera profunda, como sí lo fueron los síntomas de ansiedad y depresión, las incidencias en los test proyectivos se mostraron mayores en otras áreas como son el caso de **conflicto sexual, agresividad,**

**aislamiento, temores, culpa, baja autoestima**, entre otros, las cuales resultaron sobresalientes y en algunos casos equipararon o fueron mayores, que la ansiedad y depresión.

Es posible que la ansiedad y la misma depresión, en muchos casos se entremezclen de manera solapada. Igualmente pueda ocurrir con los resultados de otros indicadores más sobresalientes en las pruebas proyectivas; presentándose, tal vez, como defensas para “ocultar” otros conflictos más profundos concomitantes con la enfermedad de la adicción. O, para simplificar mejor lo anterior, podemos deducir que estos indicadores sobresalientes en las pruebas proyectivas son parte de conflictos subyacentes en la enfermedad de la adicción.

En relación a los resultados grupales de las variables dependientes del presente estudio, se pudo concluir que a través de los puntajes obtenidos en ambas pruebas (Beck e IDARE AE), se muestra una diferencia estadísticamente significativa traducido en la efectividad en el tratamiento aplicado, el cual logró disminuir los síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, si bien este análisis es de forma grupal, no podemos pasar desapercibido el caso de A; quien muestra un incremento importante en su percentil de Ansiedad Estado (AE) de la prueba post test. Esto, tal como se mencionó en líneas anteriores, merece una explicación. Durante el tratamiento, a A se le presentaron problemas familiares; explícitamente manifestó su gran preocupación por dos situaciones: primeramente su compañero de vida y padre de sus hijas, había abandonado el hogar y segundo se encontraba en ese momento sin trabajo. Si bien es imposible comprobar que esta situación fue la responsable del incremento de ansiedad estado, en el post test, al final del tratamiento, por lo menos fue un agravante. Por otro lado, en una ocasión y ya

casi finalizando el tratamiento, A quiso retirarse por conflictos personales con una compañera de grupo; para lo cual las mismas integrantes lograron persuadirla a que permaneciera en el grupo y así lo hizo.

Por último y no menos importante; se presentó un cuadro mostrando los eventos más significativos de forma grupal de las historias clínicas individuales. En este sentido se reflejó la violencia intrafamiliar, intentos suicidas y dificultad para recordar la infancia, como los factores más relevantes; por último también se incluyó en este resultado los duelos no resueltos y los pensamientos suicidas.

#### **4. Resultados Proyectivos Individuales**

A manera de resumen a continuación se detallarán los resultados del análisis de las pruebas proyectivas juntas, o sea el Test de Frases Incompletas de Sacks, el Dibujo de la Figura Humana y el Test de Casa-Árbol y Persona, de cada una de las participantes de la muestra:

T: Presenta conflictos en las siguientes áreas: hogar y familia, ante los superiores en el trabajo, en su actitud ante las mujeres, hacia la figura paterna y en la sexualidad. Tiene además temores productos de su pasado, especialmente la infancia. Esto la ha llevado a aislarse de las personas y evitar vínculos afectivos. Su padre es visto como una persona distante y poco afectiva, hacia la cual siente desprecio. De igual manera ante los superiores siente miedo y desprecio comportándose de manera ambivalente hacia éstos.

Ansía el pecho materno y hace un desplazamiento de éste al consumo de las drogas. Se siente limitada y con actitudes infantiles por tener una familia con un sistema complicado.

Existen rasgos de depresión debido a una baja autoestima y sentimientos de culpa debido a tendencias voyeuristas que causan mucha ansiedad. Tiene poca tolerancia a la frustración y le cuesta enfrentarse a los problemas a los que debe enfrentarse. Es una persona con un grado de inmadurez emocional con dificultad para controlar sus impulsos agresivos.

Su dificultad para interactuar se debe a conflicto en el área sexual, ya que es bisexual, pero aún así buscando placer con ambos sexos (masculino y femenino), no puede lograr una relación afectiva estable y que le permita crecer como persona. Se siente sola y vacía, y como utiliza demasiado la regresión, adopta soluciones infantiles a sus problemas. Sus intentos suicidas son una muestra de su incapacidad para solucionar conflictos de una manera adulta.

4: Presenta conflicto en las siguientes áreas: relación con la figura materna, relación con el padre, en su relación con la dinámica familiar, amigos y conocidos, temores, sentimientos de culpa, sus propias capacidades.

Todos estos conflictos han influenciado en su autoestima llevándola al borde de la depresión. Está aislada del mundo y esconde una agresividad que tiene reprimida y le causa mucha ansiedad. Es rígida en su forma de actuar y relacionarse con los demás. Presenta grandes conflictos en el área de la sexualidad. Tiene dificultad para relacionarse con los demás, presenta rasgos masculinos y envidia del pene. Hay una ambivalencia

hacia la figura paterna a quien ve como rechazante, pero se identifica a través del simbolismo fálico. Estos rasgos masculinos también sugieren un deseo inconsciente de ser hombre para así poder controlar a las mujeres. Hay una represión de los impulsos sexuales, ya que no se masturba, lo que le causa gran ansiedad. De esta manera se explica la prostitución, ya que al no conocer a las personas, ni tener que establecer un vínculo afectivo, presenta mayores facilidades para tener una relación afectiva. Es una persona distante que se mantiene alejada de lo que pueda causarle conflictos. Revela rasgos paranoides, que la llevan a buscar como controlar las situaciones y las personas, evitando así que le puedan hacer daño.

Es una persona inmadura emocionalmente con conflictos con la figura materna. A la vez presenta rasgos de dependencia y deseos de volver a etapas anteriores como la etapa oral para obtener placer del pecho materno. Este placer es desplazado en el consumo de drogas que brinda un placer momentáneo.

La droga sirve como una forma de esconderse en su propia realidad, evitar los problemas y estar en su propio mundo, lejos de los demás. Se defiende mucho de sus conflictos y trata de controlar a los demás a través de la agresividad.

**P:** Manifiesta problemas en muchas áreas: conflicto con figura materna, figura paterna, entorno familiar, con la actitud hacia las mujeres, estableciendo relaciones heterosexuales, estableciendo relaciones con los pares, con los superiores, con sus colegas de trabajo. Tiene muchos temores y sentimientos de culpa por las cosas que le han pasado durante la infancia y duda de sus capacidades.

Es insegura y con mucha necesidad de amor y apoyo. Le gusta exhibirse con tal de ganar la aprobación de las demás personas. Sus intentos de suicidio muestran su inmadurez emocional y su incapacidad para enfrentarse a la vida y tolerar la frustración. Además de atentar contra su vida, y hacerse daño a sí misma, se comporta de igual manera hacia los demás; es agresiva y piensa que le van a hacer daño. Presenta rasgos de manía y paranoias, así como narcisismo, y egocentrismo. No sabe como controlar sus impulsos, no hay un manejo apropiado entre el superego y el yo que siempre pelean por actuar bajo el principio del placer y no el de realidad.

La madre es dominante y controladora. Hay oralidad y dependencia, indicando regresiones a la etapa oral y la necesidad de obtener satisfacción de la leche materna. Esta necesidad es desplazada al consumo de drogas y bebidas alcohólicas. La figura paterna es vista como amenazante, distante, y fría. No hay un vínculo afectivo con éste.

Muestra también conflictos en el área sexual, y una incapacidad para lograr una relación estable y duradera con los demás. Evita los vínculos afectivos con otras personas por miedo a verse afectada como ya le ha pasado; no tiene confianza en sí misma.

**D:** Tiene conflictos hacia la figura materna, la figura paterna, la actitud que tiene hacia las mujeres, las relaciones heterosexuales, sentimientos de culpa por ser consumidora de drogas. No reconoce las habilidades y capacidades que tiene. Sigue culpándose por los conflictos del pasado.

Existe un conflicto sexual profundo debido a la culpa por la masturbación, producto de conflictos con un hermano, quien se metía a su cuarto para que ésta lo masturbara.



Esta circunstancia ha afectado su vida sexual, ya que se relaciona de una manera poco afectiva con las personas del sexo opuesto. Siente culpa por la masturbación, pero este resulta la mejor manera para obtener placer, ya que no confía en las personas y prefiere obtener satisfacción de una manera infantil y primitiva como el de la etapa fálica.

Exhibe rasgos depresivos, y a pesar de estar orientada a sí misma y de un optimismo aparente, hay una inmadurez emocional que no le permite encontrar soluciones efectivas a sus conflictos.

Se encuentran también rasgos de rigidez, siendo ésta la manera en que resuelve sus problemas, y cuando no puede se frustra. No tiene tolerancia a la frustración; siendo una salida a sus conflictos la droga que al igual que la masturbación le brindan placer.

Se defiende mucho de la ambivalencia social mediante el aislamiento que se observa bastante en los dibujos. Hay una pérdida de contacto con la realidad representado en el consumo de las drogas que contribuyen a que se aísle en su propio mundo de la fantasía para evitar el dolor de sus conflictos en el hogar.

**H:** Tiene problemas para manejar los conflictos con su madre, padre, en la actitud hacia las mujeres. Tiene muchos sentimientos de culpa por su relación incestuosa con su primo y por consumir drogas. No sabe reconocer sus capacidades y no tiene tolerancia a la frustración.

Utiliza mucha defensa para enfrentarse a los conflictos de su vida. Es rígida y cuando no tolera la frustración termina aislándose. Esto no permite que establezca vínculos afectivos estables y que duren a través de los años. Existe una necesidad de control sobre todas las situaciones que enfrenta, lo cual lleva a la agresión.

Existe una identificación con la figura paterna a pesar de ser ésta vista como rechazante y distante. Presenta grandes conflictos sexuales, marcados por envidia muy grande hacia el pene de la figura paterna. Hay un fuerte deseo inconsciente de tener un pene como el de su figura paterna para poder así controlar a los demás, mostrándose como una persona con actitudes masculinas. Esto está reforzado por rasgos de masculinidad pronunciados en los dibujos, en donde quiere poner a las mujeres más fuertes que los hombres. Su relación incestuosa con su primo es una reproducción del conflicto edípico, en la que desplaza sus fantasías inconscientes hacia el padre en su primo. Su relación con mujeres representa el deseo de ser hombre y utilizar el pene como símbolo agresivo de control.

Revela una necesidad de afecto y amor producto de sus inseguridades y regresiones a la etapa oral. Su oralidad representa su dependencia, y el desplazamiento de la leche materna hacia la drogadicción representa la necesidad de tener este alimento nuevamente.

El cuello representa la parte moral de la paciente. Según su dibujo, ella tiene muchos conflictos sexuales y con las drogas busca como sublimarlos a través de los estudios en (%\$%%\$) y laborando en este campo como facilitadora en adicciones. De esta manera trabaja con personas que tienen el mismo problema que ella. También tiene una ocupación en (/%%\$), lo cual demuestra la gran identificación que tiene con la figura paterna, quien se dedica a lo mismo.

Sus intentos de suicidio están relacionados con los conflictos del cuello, ya que no existe un control adecuado entre los impulsos y los aspectos intelectuales.

I: Tiene miedo al fracaso y siente culpa por todos los errores que ha cometido y éstos le causan a la vez mucha ansiedad. Duda de sus propias capacidades debido a sus errores pasados. Tiene una baja autoestima.

La personalidad de I está perdiendo integridad y contacto con la realidad, lo que produce mucha ansiedad y una necesidad constante de mantener integrada su personalidad. Cada vez hay más distanciamiento de acuerdo entre las estructuras del yo, superyo y el ello. Cada vez se va haciendo más difícil reprimir la agresión. Los conflictos son progresivamente más grandes sobre todo con la figura materna, llevando a un aislamiento bien mostrado en los dibujos.

Se observan conflictos con la figura materna y la oralidad. Ansía el pecho materno para satisfacer sus necesidades básicas. Esta fantasía es desplazada a un hecho más real como el consumo de las drogas. No sabe manejar de manera correcta sus impulsos, así que utiliza mecanismos primitivos para obtener lo que desea: agresividad y poca tolerancia a la frustración. Es además egocéntrica, vanidosa y sensible a la crítica de los demás. Presenta rasgos paranoides y maníacos.

Manifiesta conflictos en el área sexual, ya que se siente impotente. Hay un deseo inconsciente de ser hombre y poseer un pene, representado en los dibujos como envidia del pene y rasgos masculinos. Dichos conflictos hacen que no sea capaz de establecer una relación estable y afectiva con los demás. Se siente impotente y sin capacidad para obtener un verdadero placer en esta área. Esta confusión la llevó a creer por un tiempo que podía ser una lesbiana.

Y: El gran conflicto que enfrenta Y es el duelo no resuelto por la muerte de su padre. No puede superar este dolor. La familia funciona de manera conflictiva y ella desde niña se siente rechazada. Sus temores están relacionados con equivocarse como en el pasado y siente culpa por hacer sufrir a los demás. Siente que ella es la culpable de que la familia esté funcionando mal. Se siente impotente y frustrada por sus errores.

Es todavía dependiente debido a su inmadurez emocional. Es impulsiva, vive aislada y se defiende mucho ante los demás. Esto hace que se aleje del mundo y sólo deje entrar a los que encajan en éste. Tiene grandes conflictos con la figura materna a quien ve como muy dominante.

Y presenta un conflicto sexual que marca su identidad sexual. Tiene muchos rasgos masculinos, identificándose con la figura paterna por un lado, y representando el deseo inconsciente de ser una figura masculina que lucha contra la madre productiva y dominante.

Se muestra indecisa aunque trata de parecer que esta orientada a sí misma y que hay un optimismo por salir adelante. Es dominante como la madre buscando controlar las situaciones que le causan ansiedad. Se observa también oralidad, lo cual demuestra regresiones a la etapa oral para satisfacer necesidades de consumir la leche materna, el cual es desplazado al consumo de drogas y bebidas alcohólicas para lograr ese placer momentáneo.

Pareciera ser una persona distante y lejana, con dificultad en las relaciones interpersonales. Tiene poca autoestima con rasgos de depresión debido a la muerte de su padre. Esto es expresado con rebeldía y necesidad de afecto que la llevan a actuar de una manera agresiva.

Se encuentra en la necesidad de encontrar afecto en el hogar, pero sin embargo todos están por su lado y no hay comunicación. Es todavía dependiente debido a su inmadurez emocional. Es impulsiva, vive aislada y se defiende mucho ante los demás, esto hace que se aleje del mundo y solo deje entrar a los que encajan en él. Tiene grandes conflictos con la figura materna a quien ve como muy dominante.

E: Presenta conflictos con la figura paterna, con su familia, con sus relaciones heterosexuales. Se siente rechazada, maltratada, abusada y no conoce sus capacidades. Todavía vive en los errores del pasado y no puede superarlos.

Muestra rasgos de egocentrismo, producto de que ha tenido muchas cosas materiales desde temprana edad. Esto la hace vanidosa y a la vez muy dependiente de sus figuras parentales. El haber obtenido todo lo material le ha dejado la necesidad de afecto que la hace insegura y egocéntrica.

Expone la oralidad y la necesidad de obtener la leche materna. Esta necesidad es desplazada del pecho al consumo de alcohol y drogas, que le brindan alivio momentáneo en relación con sus rasgos depresivos. Su deterioro con el criterio a la realidad, junto con el desplazamiento del placer de la leche materna hacia las drogas marcan un conflicto grande, ya que utiliza estas sustancias como defensas primitivas para evadir sus problemas. Está luchando contra la drogadicción, ya que es optimista y con muchos deseos de superarse.

Presenta una inmadurez emocional que no le permite asociarse con personas del sexo opuesto de manera satisfactoria. Tiene problemas para lograr un lazo afectivo duradero y

prefiere tener relaciones casuales, promiscuas o de prostitución, para así no enfrentarse con una relación de amor genuina.

Otro rasgo que se muestra en los dibujos son los paranoides. Piensa que los demás le tienen celos o que quieren hacerle daño y por eso actúa de manera controladora con los demás.

C: Tiene conflictos en diferentes áreas: figura paterna, materna, actitudes hacia pareja heterosexual, tiene temores debido a los fracasos y se siente mal por todos los errores cometidos en el pasado. Sus metas no son muy concretas y tiene miedo a lo que le espera en el futuro.

Se presenta oralidad y dependencia en los dibujos, lo cual muestra inmadurez y la necesidad de utilizar mecanismos primitivos para obtener placer. La oralidad representa regresiones a la etapa oral en donde surge la necesidad de obtener placer a través del pecho materno. Este placer es desplazado del pecho al consumo de drogas. La rigidez no le permite encontrar otras maneras de enfrentar sus problemas.

Se observan grandes dificultades en el área de la sexualidad con respuestas de evitación y conflictos en la identidad sexual, observado en los dibujos en rasgos masculinos. Se relaciona de manera vacía con los demás debido a dificultad para establecer relaciones afectivas y duraderas, teniendo así problemas con su esposo.

Vive en la fantasía y apartada del contacto interpersonal para evitar conflictos con los demás. Hay mucha necesidad de afecto emocional, inseguridad, y falta de cariño. Vive aislada en su mundo con rasgos de egocentrismo, impulsividad, y agresividad.

## 5. Análisis del Proceso Terapéutico

El proceso terapéutico se inició durante el primer contacto con las participantes de la muestra durante la primera reunión donde se estableció el *rapport*; y en la cual se dieron las explicaciones pertinentes de lo que sería el proyecto de investigación.

Desde su inicio se pudo observar un gran entusiasmo en participar, el mismo que se vio reflejado en las historias clínicas específicamente al final cuando se les cuestionaban sobre las barreras u obstáculos de su proceso de recuperación, así como también la pregunta sobre las expectativas de la terapia grupal.

Más que ofrecer la trayectoria de las dieciocho sesiones en orden cronológico, se expondrá de manera resumida los procesos más significativo de las sesiones y del tratamiento en general. Al final del presente trabajo se incluirá a manera de anexo, la transcripción (libre) de todas las sesiones completas.

Desde la primera sesión se estableció el encuadre terapéutico y sus reglas a seguir y se aclaró, tal como se propone en la TDGM, la diferencia entre la dinámica grupal que se aplicará y los grupos de auto ayuda; dando a conocer que esta terapia será un complemento más en su recuperación en los grupos de Narcóticos Anónimos y no un sustituto, por lo que se les alentó a seguir participando de los mismos. Seguidamente se dio énfasis al hecho comprobado de que la enfermedad de la adicción abarca más que la simple abstinencia y que por lo tanto, haciendo memoria a una charla impartida hace algunos años atrás, por la Dra. Doris Amaya, especialista en adicciones en los Estados Unidos de América, las emociones juegan un papel importante en la recuperación,

indicando que el 80% de la enfermedad radica en ellas; y que por lo tanto, en estas sesiones se intentará trabajar esa área, específicamente la ansiedad y la depresión.

Durante todo el período del tratamiento, el grupo fue muy cooperador y participativo. Recordando que el encuadre utilizado incluye dos enfoques terapéuticos; uno orientado más a lo interpersonal y el otro más a lo caracterológico; en ambos casos se lograron los objetivos de estas dinámicas casi en su totalidad.

Lo primero que se detectó en el grupo fue la “desconfianza” que existía entre ellas mismas. Manifestaron confianza en que la terapia les daría los resultados esperados y mostraron en esa primera sesión señales de entusiasmo y motivación. Con relación a la terapeuta, todas expresaron comodidad hacia ella y confianza. El grupo expresó la necesidad de trabajar la autoestima, ansiedad, depresiones, agresividad, temor al rechazo, timidez, aprender a identificar emociones, estructura interna, auto conocimiento, auto control e inseguridades. Esa primera sesión terminó con la portadora de la tristeza del grupo, C quien expresó en llanto y verbalmente, deseos de consumir, represión emocional, miedos. Se cerró la sesión con la intervención terapéutica dirigida al grupo de que agradecemos a C, por ser la portadora de la tristeza del grupo; quién nuevamente en la sesión siguiente comparte no solamente su tristeza, sino los problemas de relación con su hijo el cual había abusado de una prima y la ambivalencia que sentía hacia éste. Comentó que ella también fue abusada y para esto el grupo ayudó a C a resolver la ambivalencia con el hijo, logrando el insight de que la situación actual con su hijo ha revivido el propio abuso. Se identificaron temas como bloqueo de la infancia, conflicto paterno-filiales, agresividad y rabia hacia la figura materna; aquí se logró otro insight de T, que a través de una intervención terapéutica al grupo, responden a ella con



señalamientos que terminan por develar la duda existente de la ambivalencia hacia la figura materna.

En reiteradas ocasiones, durante las sesiones, se dieron varios enfrentamientos verbales entre las pacientes: comentarios inadecuados entre ellas, pero desde afuera (bochinchas), molestia por conversaciones en celular (para lo cual se solicitó fueran apagados) por J, quien se molesta por las cantidades de solicitudes de sus compañeras de apagar el celular; este hecho y otros motiva a E, en un momento dado, a expresar su insatisfacción ante situaciones que no acepta, motivando a las demás a tener tolerancia como ella lo ha hecho, dando el ejemplo de que antes de la terapia no le hablaba a A, y por eso no quería participar en las reuniones; sin embargo las sesiones le han ayudado tanto que ya no siente resentimiento hacia ella; A ante esta intervención, se levanta llorando y abraza a su compañera. También se dieron discusiones en cuanto a las “posiciones jerárquicas” en el sentido de exigencias de respeto al espacio; por ejemplo cuando I se dirige a A de manera agresiva diciéndole que le molestaba sus largas intervenciones y que siempre acaparaba todo el tiempo. Ambas lograron aclararse, pero A se resintió de tal manera que manifestó no desear seguir con el tratamiento, para lo cual todas apoyaron con llamadas telefónicas para su regreso y así lo hizo. El último día de la sesión espontáneamente I pide disculpas públicamente por su comportamiento hacia A. En este sentido se daban muchas discrepancias, malos entendidos entre las participantes, quienes espontáneamente en las reuniones lograban aclarar la situación. Primeramente se daban las manifestaciones de desacuerdo y desagrado entre ellas mismas, por múltiples motivos: acaparar la reunión, utilización de malas palabras, ofensas, agresividad, situaciones entre ellas no resueltas en el pasado, antipatías, etc.; para lo cual ya sea de

forma inmediata o días después estas personas lograban de manera abierta entre el grupo pedir disculpas y aclarar su conducta. En este sentido, se cumple uno de los propósitos de la terapia del “aquí y ahora”, esclareciendo procesos, buscando el mejoramiento de las interrelaciones y lo más importante: la cohesión grupal que siempre estuvo presente imponiéndose ante todo momento. Se logró detectar la gran preocupación por lo que pudiera amenazar la desintegración del grupo.

Al comienzo de las sesiones se hacían resúmenes verbales de sesiones anteriores, con la finalidad de motivar al grupo; enfocando el tema de cómo las intervenciones intragrupales ayudaban a aclarar situaciones antes inconclusas y desconocidas. Se hacía siempre hincapié en la importancia de lograr las metas terapéuticas para el beneficio de todas.

Se trabajó el tema de las relaciones de pareja; acompañado de manifestaciones de miedo a la soledad, al rechazo, temor a enfrentar las propias capacidades, miedo al abandono. En varias ocasiones, el grupo sirvió de espejo para trabajar en términos de “Yalom”, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario: a través de identificaciones con la madre, el padre y hermanos puestas en las figuras de los integrantes del grupo. En este sentido, ayudaron las dramatizaciones; primeramente con la identificación de alguien en el grupo como protagonista de algún miembro familiar primario; también se logró la catarsis, donde se expresaron profundos sentimientos a través del llanto a pesar de que personas del grupo tenían un bloqueo para llorar, en la terapia pudieron lograrlo. Aparte de estas identificaciones de roles en las dramatizaciones, se logró también la cohesión de grupo y el altruismo de que habla Yalom; se cerraron gestalts como por ejemplo duelos no resueltos, el perdón y el

enfrentamiento con el miedo al abandono. Lo que las mujeres de la muestra llaman “enganches emocionales” corresponde a identificaciones parentales que en el “aquí y ahora” son identificadas de manera comprensible para así detectar su procedencia y evitar esos enredos emocionales. En otras palabras, en algunas sesiones se identificó que muchas de ellas buscan en una relación la figura paterna y otras se identifican con el rol de víctima ante la agresión de la madre.

Otra situación que se dio durante el proceso terapéutico fue el mecanismo de “negación”, expuesto mediante justificaciones y racionalizaciones. Ante esto, se pudo lograr la conexión emocional correspondiente con algún suceso en particular. Por ejemplo, cuando A, relata las agresiones físicas de su madre hacia ella en la infancia, lo hace de una manera fría y justificando los actos. A través de distintas intervenciones tanto terapéuticas como del mismo grupo, pudo sentir la rabia y aceptarla, a tal punto que en un momento dado se dirigió hacia la terapeuta y dijo: “Gracias a la terapeuta que me ha dado *el permiso* de sentir lo que verdaderamente siento hacia mi madre, que es odio; sino lo reconozco no lo puedo superar, ahora me siento más liberada y entiendo mejor”.

Se identificaron muchas ideas suicidas y deseos de recaer en la droga. Para esto se dio la retroalimentación grupal y hasta se mencionó la religión como fuente de fortaleza para evitar el suicidio, por ejemplo H en una de las sesiones comenta: “Esta opción va en contra de la naturaleza”. Y que lo que a ella la salvó de evitar el suicidio, fueron conceptos religiosos para cambiar de opinión.

Solamente se registró un acting-out por parte de C, quién primeramente agredió verbalmente a J, y en un momento de ira se levantó a golpearla y lanzarle un objeto. La mano de la terapeuta detuvo este incidente y se calmaron inmediatamente los ánimos. En

sesión siguiente se recordó nuevamente el contrato terapéutico con sus reglas. Esta situación despertó muchos recuerdos de la infancia en las participantes; específicamente las agresiones en el entorno familiar y varias compartieron su desagrado de esa sesión y su deseo de no regresar a la terapia, así como también sus dudas: H, por ejemplo comenta que su padre ya no es agresivo y sin embargo esa sesión le recordó y revivió la agresión. Creía haber superado esto. A D también esta situación la afectó, sintiéndose durante todo un fin de semana muy ansiosa, aliviando su ansiedad a través de la compulsión por la comida. También manifestó que le molestaba el abuso de confianza, la dificultad en decir NO, es una molestia con ella misma. Ante esto la terapeuta preguntó al grupo sobre este abuso de confianza y sus razones; se dieron muchas respuestas y se finalizó el tema con la relación de esta situación de no poner límites y la baja autoestima. E, al día siguiente de la sesión fue hospitalizada por un ataque de pánico, regresó y lo compartió y manifestó que la terapia de respiración y relajación la han ayudado mucho con esto, ya no tiene estos ataques y también la ha ayudado a perder el miedo en compartir en los grupos su timidez.

Se trabajó la pérdida, a través de las ausencias de tres compañeras que no asistieron más a la terapia. Ante la intervención terapéutica donde se cuestionaba los sentimientos que esta situación pudiera ocasionar, hubo respuestas variadas, desde no importarles y sentirse mejor sin una de ellas por el problema de la falta de confianza; otras, que el grupo es mejor más pequeño y por último también hubieron comentarios con relación al sentimiento de pérdida y su preocupación porque esas compañeras de grupo no podrán beneficiarse de la terapia.

Por otro lado se trató la co-dependencia; o sea el tema de sus relaciones de pareja. Algunas manifestaron su dificultad en terminar con las relaciones destructivas. Ante esto, varias se identificaron con la frustración de tener como pareja a una persona que consume drogas y la dificultad de no poder ayudar, o sea la impotencia. Hubo identificaciones de rol de víctima y salvador. H, finalmente sugiere a todas (a ella le ha resultado y se lo habían recomendado) el evitar por lo menos durante el primer año y si se puede más, las relaciones de pareja poniendo primero énfasis en la recuperación

Se trataron los temas relacionados a los conflictos sexuales en varias sesiones; éstos se presentaron como indicadores más frecuentes en las pruebas proyectivas. Aquí, se retomaron en repetidas ocasiones el abuso sexual en la infancia (ocho de nueve fueron abusadas sexualmente). Partiendo desde ese punto, se relacionaron otros problemas de tipo sexual, a saber: asco por el propio cuerpo (E), prostitución, miedo a sentir, anorgasmia y por lo tanto fingir el orgasmo, problemas de identificación sexual (bisexualidad y homosexualidad), fantasías sexuales y despersonalización: E, comentaba que con su esposo siempre tenía que imaginarse durante el acto sexual que ella era otra persona y sus fantasías eran imaginarse a su hija teniendo relaciones con su novio; esto le causó mucha preocupación.

La depresión en el grupo casi siempre estuvo presente y fue disminuyendo en el transcurso del tratamiento. La ansiedad se manifestó en menor proporción. Pudiera ser que la misma cohesión, retroalimentación, identificaciones, catarsis, etc., ayudaran a aminorar este síntoma.

Con relación a otras dinámicas grupales durante la terapia, hubo una respuesta muy positiva: todas manifestaron que las técnicas de relajación impartidas las están ayudando

mucho, algunas hasta han dejado de fumar cigarrillos, pueden vivir mejor su momento presente y lo que más ha servido es practicar el no irse ni al pasado ni al futuro. Todas manifestaron que es una herramienta que seguirán aplicando porque sienten un gran bienestar. La charla que se impartió fue de Autoestima y la siguiente fue la interpretación de los Doce Pasos del programa de Narcóticos Anónimos, enfocados psicológicamente y traducidos en técnicas de comportamiento y pensamiento. Manifestaron que ahora comprenden mejor los aspectos relacionados con la autoestima y cómo estos pasos pueden ayudar a transformar su personalidad distorsionada conjuntamente con la práctica de los pasos del programa. Muchas expresaron que la lectura de los pasos la habían comprendido de una manera difusa, pero que con la charla no solamente se aclararon conceptos, sino que pudieron percibirlos desde otra perspectiva más práctica. También comentaron que están aprendiendo a poner límites y a decir *NO* sin sentirse culpables, están trabajando la flexibilidad y aprendiendo a no ser tan rígidas y estrictas con ellas mismas; piensan que deben trabajar mucho el tema del “control”, sienten que son muy manipuladoras en este sentido.

El taller también comprendía un trabajo en grupo de a dos: la tarea que fue solicitada desde los inicios consistía en escribir las cualidades, los logros y las metas a corto, mediano y largo plazo. Otra tarea fue dada con el fin de trabajar sobre el control de los impulsos, la cual consistía en detectar mediante un nombre esos impulsos, (el apuro, perfeccionismo, ser fuerte, complacer, etc.) que con los nombres puestos en paréntesis se les facilitó detectarlos en su conducta. Había que anotar primero el impulsor, luego con qué situación se relaciona y escribir en forma de historia corta cómo se sentían y ubicar el área de su vida (sexual, autoestima, relaciones, etc.) afectada por este comportamiento.

Estas tareas como se mencionó fueron discutidas en grupos de a dos; cada una debía leer sus escritos y recibir retroalimentación. Una de las intenciones de esta tarea era fomentar el auto conocimiento, la motivación y el cambio; como también la identificación mutua.

La presentación de audiovisuales consistía en presentar cortes de dos películas: “El Príncipe de Las Mareas”, donde su temática era el abuso sexual y los intentos suicidas; “Gente Como Uno”, se trataron los temas familiares: padre sobreprotector y madre distante, disfunción familiar, etc. Estos audiovisuales despertaron sentimientos encontrados y recuerdos de la infancia en las participantes del tratamiento, así como también sentimientos de ira, impotencia y tristeza.

Las resistencias que se detectaron durante el tratamiento fueron en pocas ocasiones: cansancio más que nada en A y en I silencios prolongados, sueño, no desear hablar, dormirse, querer salir a fumar, cambios abruptos de tema, por mencionar algunos.

En la última sesión se hizo la evaluación final del tratamiento mediante la aplicación de las dos pruebas antes mencionadas. Adicional a esto, se les solicitó que de manera individual comentaran cómo se sentían siendo el último día de la terapia. Cada una compartió de manera individual lo siguiente: Todas sintieron los beneficios recibidos de la terapia y el bienestar sentido en algunas áreas de su vida, mediante la adopción de nuevos patrones de conducta y nuevos enfoques de pensamiento. Estuvieron muy agradecidas con la terapeuta y algunas mostraron tristeza por la finalización de la terapia; otras estuvieron esperanzadas en continuar reuniéndose.

Luego de que cada una expuso su sentir, la terapeuta hizo las devoluciones pertinentes al desenvolvimiento del proceso terapéutico, haciendo un breve resumen de los logros

obtenidos y de los síntomas más evidenciados durante el mismo, así como también los sentimientos, actitudes y comportamientos más relevantes durante las sesiones. Se les motivó a que continuaran su proceso y se les agradeció su participación en esta investigación.



**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **1. CONCLUSIONES**

Como es sabido, las conclusiones corroboran síntesis de los resultados obtenidos en esta investigación, así como también datos que corresponden a las historias clínicas, a todo el proceso terapéutico, al marco teórico y análisis en general. Igualmente se incluirán los objetivos tanto generales como específicos de esta tesis.

**A. La terapia breve impartida logró disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.**

Los puntajes obtenidos denotan una diferencia estadísticamente significativa mostrando que los resultados en el post test en promedio son menores que en pre test.

**B. Las drogas de más consumo resultaron ser: el alcohol, la marihuana y la cocaína.**

Esta última resultó ser la droga de preferencia de los sujetos de la muestra. La edad mayoritaria de la muestra son personas entre 21 y 35 años de edad, solteras y con orientación religiosa hacia el catolicismo. Seis de la muestra han recibido tratamiento antes de iniciar el programa en Narcóticos Anónimos y tres anotaron no haber recibido tratamiento alguno.

**C. Uno de los objetivos de la investigación era la prevención de la recaída durante el**

tratamiento. En este sentido tanto en la encuesta como en la historia personal y durante la terapia, se mostró alta incidencia por deseos de consumir como también el miedo a la recaída.

- D. Se logró dotar a las participantes de estrategias adecuadas de afrontamiento y recursos cognoscitivos y emocionales. Se reforzó la autonomía e independencia personal, mejoría de la autoestima y por último se logró mejorar el autoconocimiento durante la terapia mediante los insights en el grupo. De esta manera, se puede hipotetizar que estos logros ayudarán a prevenir la recaída y fortalecer la voluntad; así como también mantener un cierto equilibrio interno.
- E. Tanto en las pruebas cuantitativas como en las proyectivas se presentaron los síntomas de ansiedad y depresión como indicadores comunes entre los sujetos. Es importante destacar que otros rasgos o síntomas principalmente en las pruebas proyectivas fueron reflejados de manera consistente como es el caso del conflicto sexual, aislamiento, agresividad, problemas de contacto con la realidad, rasgos paranoides, homosexualidad, temores, culpa, baja autoestima, ambivalencia ante los padres, problemas familiares y de relaciones de pareja.
- F. En las Historias Clínicas se detectaron indicadores comunes en las nueve participantes de la muestra a saber: siete resultaron con problemas de violencia intrafamiliar, seis con intentos suicidas, cinco con dificultad para recordar su infancia, cuatro con duelo no resuelto y finalmente tres con pensamientos suicidas.
- G. Con relación al proceso terapéutico, se logró la motivación al cambio que se reflejó en la participación, cooperación, entusiasmo, puntualidad y deseos de continuar con la terapia. Se detectó la desconfianza grupal, como primer elemento a trabajar terapéuticamente. Con relación a la terapeuta, todas expresaron comodidad hacia ella y confianza tanto antes del tratamiento como

después del mismo. El grupo, al expresar la necesidad de trabajar la autoestima, ansiedad, depresiones, agresividad, temor al rechazo, timidez, aprender a identificar emociones, estructura interna, auto conocimiento, auto control e inseguridades logró avances en estas áreas. A través de las identificaciones con los miembros del grupo, se logró trabajar con la ambivalencia afectiva hacia los padres. El grupo mantuvo siempre una agresividad pasiva y en otras ocasiones más activa, presentándose en una ocasión un acting-out. Los talleres y charlas sirvieron de motivación para detectar síntomas y el auto conocimiento y de esta manera ayudar a evitar la recaída a la droga, lo cual fue una preocupación constante del grupo. Se logró trabajar los duelos no resueltos y la “pérdida”. El mecanismo de defensa más evidente fue la “negación” el cual fue procesado de manera adecuada, así como las resistencias que aunque fueron pocas se permitió que fueran manifestadas. Durante el proceso se crearon vínculos positivos y constructivos entre los miembros del grupo y con el terapeuta, donde las pacientes aprendieron a pedir y aceptar apoyo de las demás. Por otro lado se pudieron evidenciar otros trastornos o rasgos psicopatológicos concomitantes.

- H. En el desarrollo y mantenimiento del proceso adictivo existen diferencias claramente delimitadas entre hombres y mujeres, tales como redes sociofamiliares diferentes, mayor vulnerabilidad biológica y psicosocial, más consecuencias psicológicas (depresión, ansiedad, más tentativas al suicidio, más suicidio, mayor deterioro cognitivo).

- I. Las mujeres adictas tienden a tener un historial de abuso sexual y violación, como también de maltrato físico. Igualmente acuden menos que los varones a recibir tratamiento.
- J. La estructura de la personalidad adictiva hace referencia a la neurosis de carácter y al problema del control de los impulsos; existe ruptura en la organización del yo. Igualmente la droga cumple con el rol de “consolador” frente a situaciones externas y se convierte en un satisfactor primitivo oral y de naturaleza sexual, el cual está acompañado del deseo de mantener la seguridad y conservar la autoestima a toda costa.
- K. Se pudo evidenciar falta de contención afectiva durante la niñez. Casi todas presentaron serios problemas en el ambiente familiar. Ambivalencia afectiva hacia los padres y disfuncionabilidad familiar en general.
- L. La personalidad adictiva se puede resumir a través de algunos rasgos, síntomas y conductas a saber: compulsividad, inestabilidad afectiva, defensas primitivas, alteraciones de la identidad, juicio alterado de la realidad, fallas en las sublimaciones, estructuras depresivas, actitudes fluctuantes y ambivalentes, baja autoestima, predominio del pensamiento mágico.
- M. Con relación a algunos conceptos técnicos psicoanalíticos, se pudo evidenciar el uso de la asociación libre, la resistencia reaccionando ante defensas, la transferencia (en el grupo es múltiple y cambiante); la contratransferencia (más difícil de controlar, y existe mucha tensión emocional para el terapeuta).

## **2. RECOMENDACIONES**

El análisis exhaustivo de los resultados junto con las conclusiones que se presentan en este trabajo alientan a sugerir algunas recomendaciones sobre la materia investigada, sin las cuales este esfuerzo resultaría estéril por no tener ninguna aplicación útil. A continuación algunas propuestas que podrían aumentar los beneficios de esta investigación:

- ❑ Se recomienda la apertura de un programa de auto ayuda de Narcóticos Anónimos especialmente con membresía exclusivamente femenina; el cual funcionaría paralelamente con los grupos mixtos.
- ❑ Exhortar a los miembros de la muestra a que continúen las prácticas impartidas en la terapia, como es el caso de la técnica de respiración. Así como también a prevenir o detectar los “disparadores” que aprendieron a reconocer durante el taller, que son los causantes de las recaídas a la droga.
- ❑ Transmitir y exhortar a las instituciones locales (tales como Conapred, Cruz Blanca, Hospital Psiquiátrico Nacional, Ministerio de Salud, etc.) que tengan relación con la prevención y el uso de drogas, sobre la urgencia de abordar la problemática desde una perspectiva de género; desarrollando investigaciones sobre modelos de tratamiento específicos para las necesidades de las mujeres. Igualmente un factor importante (si existiera un tratamiento exclusivo para mujeres adictas), es tener un apoyo continuo en el seguimiento para prevenir las

recaídas, investigando situaciones de alto riesgo y desarrollando estrategias para enfrentarlas.

- ❑ Extender el radio de intervención de los equipos multidisciplinarios, compuestos por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc. e involucrar a través de campañas de información en todos los medios masivos de comunicación sobre la problemática que enfrenta la mujer adicta.
- ❑ Diseñar programas de tratamiento y rehabilitación que contemplen la presencia de trastornos concomitantes en la adicción en la mujer y así estructurar planes de terapia viables para este tipo de casos.
- ❑ Desarrollar proyectos dirigidos a recuperar y afianzar la autoestima en la mujer. Los mismos deberían considerar la situación de violencia y discriminación de la cual es objeto, así como también los problemas de abuso sexual y conflictos en la sexualidad.
- ❑ Si bien la terapia breve dio resultados positivos, se considera importante que una terapia similar posterior, debería abarcar por lo menos un año, con el fin de tratar de manera más profunda los problemas caracterológicos subyacentes. Por lo tanto, una buena idea sería retomar este mismo grupo y motivarlas a que continúen con la terapia grupal que una vez iniciaron como propuesta de investigación para esta tesis.
- ❑ Fomentar en los grupos de auto ayuda, la necesidad de buscar ayuda de tipo psicológico, que más que ser un sustituto en su recuperación sería un complemento muy adecuado, dada la complejidad de la enfermedad de adicción.

- ❑ Enviar, vía correo electrónico una copia de este documento al National Institute on Drug Abuse (NIDA), con el fin de motivar a esta institución a que implemente estudios longitudinales en relación al tema de la adicción en la mujer.
- ❑ Recomendamos el encuadre aplicado en esta terapia, específicamente las propuestas teórico-práctico de Irvin D. Yalom, ya que su dinámica promovió de manera natural el desenvolvimiento óptimo del grupo en estudio.
- ❑ Que este trabajo de investigación sirva como marco de referencia para futuras investigaciones a nivel nacional, ya que el diseño aplicado en esta tesis sugiere ideas para diseñar estudios posteriores en condiciones experimentales más rigurosas. Igualmente esta investigación puede servir como replicaciones clínicas y de esta manera motivar a otros investigadores clínicos a que añadan o modifiquen el tratamiento aplicado; siempre en la búsqueda de aumentar la ayuda a las mujeres adictas en general.



## **BIBLIOGRAFÍA**

### **3. BIBLIOGRAFÍA**

ABRAHAM, K. (1980). The Psychological Relations Between Sexuality And Alcoholism. In Selected Papers of Karl Abraham. New York: Basic Books

AGUIRRE, G. (1989). Los Test Proyectivos. España: Laetes, S.A.

ALONSO A & SWILLER HILLEL I. (1995). Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica Editorial Manual Moderno, México

BELLACK, A. & HERSEN, M. (1989). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial Desclée De Brouwe, España

CADE B, HUDSON W. (1993). Guía Breve de Terapia Breve. Barcelona: Paidos

CALDERÓN N. GUILLERMO (1985). Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento Editorial Trillas, México

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C. (2002). Enfoques de Tratamiento en Adicciones. Ediciones CII, México

CODERCH, JOAN. (1991) Psiquiatría Dinámica. Barcelona: Herder

CONDE V. FRANCH J.L. (1984). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid. Upjohn Farmaquímica

DSM-IV. (1998). Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. Masson, España

ECHEGARAY DEL VALLE ELSA M. (1999). Melanie Kein: Cierre y Apertura. Editorial Lumen, Argentina

EDWIN LAWRENCE & BELLAK LEOPOLD (1987). Psicología Proyectiva. Enfoque Clínico de la Personalidad Total. México: Paidos

FENICHEL OTTO (1999). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Editorial Paidos, México

FLORES, P. J. (1997). Group Psychotherapy With Addicted Populations. The Haworth Press: New York

- FROJAN M. (1998). Consultoría Conductual: Terapia Psicológica Breve. Madrid: Pirámide
- FROSCH, J.(1990). Psychodynamic Psychiatry : Theory And Practice. Portland: Book News
- GREENE, J. & M. D 'OLIVEIRA. 1984. Pruebas Estadísticas para Psicología y Ciencias Sociales. Norma, Colombia
- HAMMER EMANUEL F. (1997). Test Proyectivos Gráficos. Barcelona: Paidós
- KERNBERG OTTO F. (1988). Desórdenes Fronterizos Y Narcisismo Patológico. Editorial Paidós, México
- KERNBERG O. F. (1987). Trastornos Graves de la Personalidad. Manual Moderno, México
- KOHUT, H. (1971). The Analysis of The Self. New York: International Universities Press
- MENÉNDEZ GONZÁLEZ R. (1996). Psicoterapia del Alcohólico y Otros Toxicómanos. Editorial Científico-Técnica, Madrid, España
- NARCÓTICOS ANÓNIMOS (1991). World Service Office Inc., California, Estados Unidos de América
- NIETO-CARDOSO E. (1994). Psicoterapia. Principios y Técnicas. Editorial Pax, México
- NÚÑEZ GONZÁLEZ JOSÉ DE J. (1999). Psicoterapia de Grupos. Teoría y Técnica a partir de diferentes escuelas Psicológicas. Manual Moderno, México
- PATTERSON, C. H. (1981). Orientación autodirectiva y psicoterapia. Teoría y práctica. Trillas, México
- PORTUONDO, J. (1979). Test Proyectivo de Karen Machover. Madrid: Biblioteca Nueva
- QUIRK, T.J. (1983). Métodos de Investigación en Psicología. Editorial Limusa, S.A. México
- RODRIGUEZ PIEDRABUENA, A. (1996). ¿Por Qué Nos Drogamos? Del Poder y Otras Adicciones. Estudio Psicoanalítico. Biblioteca Nueva: Madrid

ROSENFELD, H.A. (1965). On Drug Addiction. In Psychotic States: A Psychoanalytic Approach, Ed. H.A. Rosenfeld. New York: International Universities Press

SAMPIERI, R. (1996). Metodología de la Investigación. México: Mcgraw Hill

SIFNEOS, P. E (1987). Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation And Technique, 2da Edición, New York, Plenum Press

SOUZA M. y MACHORRO, J.G.H. (2000). Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos. Editores, S.A. México D.F.

STANLEY J.C. y GLASS G.V. (1986). Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales. Prentice Hall, Hispanoamericana, S.A., México

SUE D. y OTROS (1996) Comportamiento Anormal. México: Mcgraw-Hill

SPIELBERGER CHARLES D. Y DÍAZ-GUERRERO R. (1975). IDARE: Inventario de Ansiedad, Rasgo-Estado. El Manual Moderno, S.A. México

VERA OCAMPO EDUARDO (1988). Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Editorial Piados, Buenos Aries, Argentina

VINOGRADOV, SOPHIA Y YALOM, I.D. (1996). Guía Breve de Psicoterapia de Grupo. Paidós: México

WINNICOTT, D.W. (1951). Transitional Objects And Transitional Phenomena. In Collected Papers. New York: Basic Books

WURMSER, L. (1995). Compulsiveness And Conflict: The Distinction Between Description And Explanation In The Treatment Of Addictive Behavior. In The Psychology And Treatment Of Addictive Behavior, Ed. S. Dowling. Madison, Ct: International Universities Press

YALOM IRVIN D. (2000). Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo. Editorial Piados, Buenos Aires, Argentina

#### **Otras Fuentes:**

ADICCIONES.ORG.MX

<http://www.cij.gob.mx/Tratamiento/files/Tratadicfarmacodependencia.htm>

ANDREAS WEILANDT (2002). “La Drogadicción, Su Impacto En La Sociedad Y Rol Del Trabajador Social En La Drogadicción”.

<http://www.monografias.com/trabajos13/ladrogcc/ladrogcc.shtml>

BISHOP, ALISON (1994). La mujer y la adicción al alcohol. En Addictus, # 1, Cuernavaca, Morelos  
[http://lectura.ilce.edu.mx:3000/sites/maestro/adicion/htm/sec\\_25.htm](http://lectura.ilce.edu.mx:3000/sites/maestro/adicion/htm/sec_25.htm)

CONAPRED: Informe Anual 2000. Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas

CONAPRED: Informe de Actividades Año 2003

COMISIÓN NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y LA PREVENCIÓN DE LOS DELITOS RELACIONADOS CON DROGAS CONAPRED ESTRATEGIA NACIONAL EN MATERIA DE DROGAS 2002-2007

CONACE. Tercer Estudio Nacional Sobre Consumo De Drogas En Chile. República De Chile, Ministerio Del Interior, Consejo Nacional Para El Control De Estupefácientes. 1998

DE LA CRUZ M. HERRERA A. (2002). Adicciones En Mujeres. Las Palmas: Colegio Oficial De Psicólogos de Las Palmas

DÍAZ B. SALGADO LINO (1998). CONACE. "Estudio Nacional del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en la Población escolar de Chile"

FUNDACIÓN EL ARTE DE VIVIR: [www.Research@Artofliving.Org](http://www.Research@Artofliving.Org)

JOHNSON, B. (1999). Tres Perspectivas de la Adicción. Journal of the American Psychoanalytic Association.

KORT, ELKE (1995). La Contratransferencia en el Trabajo Psicoterapéutico con Pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático. México: Unam-Facultad De Medicina. Tesina de Posgrado en Psicoanálisis Inédita.

KORT, ELKE (1998). Modelo de Tratamiento para la Dependencia de Alcohol y Drogas. Revista de Trabajo Social, 22:52-57. Universidad Nacional Autónoma De México (Unam): México

LA MUJER, LAS DROGAS Y LOS GRUPOS DE RIESGO (1996). Corporación Colombiana Para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia. Medellín, Colombia

MINISTERIO DE SALUD: Plan Nacional de Salud Mental 2003.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2000). Treatment Methods For Women. Infofacts. National Institute On Drug Abuse. Us Department Of Health And Human Services;

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2002). Advances In Research On Women'S Health And Gender Differences. National Institute On Drug Abuse. Us Department Of Health And Human Services;

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2000). Gender Differences In Drug Abuse Risk And Treatment. NIDA Notes. National Institute On Drug Abuse. Us Department Of Health And Human Services; [Http://www.drugabuse.gov/](http://www.drugabuse.gov/)

NIDA (1999). 25 Years of Discovery to Advance The Health of The Public. National Institute On Drug Abuse. Us Department Of Health And Human Services

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS: [Http://www.ome-aen.org/oms.htm](http://www.ome-aen.org/oms.htm)

ORTE, C. (1998). Sexualidad, Mujer y Drogodependencia. Informe Final. Palma de Mallorca

PONENCIA DE LA LIC. MARINA PERRONE (1999). Jornadas de "Prevención de la Drogadependencia" Llevadas a cabo en Buenos Aires por ADEPA y Fundación Manantiales. La Personalidad Adictiva. Conceptos y Rasgos. Fundación Canaria de Investigación y Salud "Funcis" [www Funcis.Org](http://www.funcis.org)

REVISTA VIRTUAL OPCIÓN (2002). Mujer, Gestación Y Drogas  
[www.Opcionperu.Org.Pe](http://www.opcionperu.org.pe)

RAY, BARBARA A., & BLAUDE, MONIQUE C. (1986). Women And Drugs: A New Era For Research, Nida Research Monograph 65, Washington, D.C. Department Of Health And Human Services

VELÁSQUEZ ELVIA DE P. (1996) Psiquiatra-Epidemióloga. Ponencia para la reunión del grupo de consulta sobre el "Impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia" Organización De Los Estados Americanos. OEA, Instituto Interamericano del Niño; IIN, Montevideo, Uruguay.

YARTO ELIZALDE LUIS L. (2002). Terapia de Grupo o Terapia en Grupo. Comunicación presentada en las Jornadas de la "Asociación Laureano Cuesta", Madrid. Profesor De La Universidad Pontificia Comillas

## **ANEXO**

## 1. HISTORIAS INDIVIDUALES

### CASO 1: D

Tiene 35 años de edad, es la menor de seis hermanos: dos mujeres y cuatro varones. Sus padres están casados. Dentro de la dinámica familiar recuerda que siempre hubo peleas entre sus hermanos; tenía un hermano que consentía mucho que cuando lo golpeaban los otros iba donde ella en busca de consuelo. Algo que siempre sufrió fue que sus hermanos le decían que la habían encontrado en el basurero y ella se lo creía. Uno de sus hermanos, comenta que jugaba con ella como si fuera una muñeca de juguete, ya que él se dedicaba siempre a maquillarla. Los padres discutían lo normal dentro del ambiente familiar. Salía mucho de compras con su madre, esto lo disfrutaba, sin embargo comenta que la relación con ella siempre ha sido distante, aunque su madre mostraba afecto D, no sentía la confianza de demostrar lo mismo, esto hoy le da tristeza, piensa que no sabe definir lo que siente. Algo que nunca le gustó de su madre fue que siempre mostró demasiada importancia a lo material y que le recriminara sus actos. Quiere a su madre y le gustaría tener una mejor relación con ella y esto la hace sentir culpable. Es más apegada a su padre, piensa que porque es muy unido a su familia y siempre está pendiente de sus hijos, es muy cariñoso y trabajador. Cuando cumplió 15 años se quiso fugar de su casa porque su padre era muy estricto y rígido. Se veía obligada a mentir para poder salir y divertirse. Sentía que éste prefería más a su hermana mayor porque al hacer travesuras siempre la culpaban a ella.

D, fue abusada sexualmente a los diez (10) años de edad por un hermano de diecinueve (19) años; quién en las noches entraba a su cuarto y le exigía que lo masturbara. Sentía siempre mucha tensión en las noches y se hacía la dormida o se iba al cuarto de sus padres, ya que sentía acoso sexual en su propio hogar. En recuperación de su adicción ha aprendido a perdonar a su hermano, sin embargo no lo ha confrontado.

De niña se sintió cuidada y protegida, no recuerda mucho su niñez. Siente que la comparaban mucho con su hermana mayor, su padre más que nada. El ambiente familiar en cuanto a lo afectivo era normal, sin embargo no existía expresión física del afecto. Cuenta que su madre es depresiva y nerviosa para lo cual toma medicamentos. Sus padres son unidos pero se discriminan, por ejemplo, su madre les dice “yo me tuve que aguantar a su papá por ustedes.....su papá es muy negativo y necio”.

Con relación a su infancia comenta que fue feliz, porque jugaba mucho con amigas. Se orinaba en la cama pero no recuerda hasta qué edad, tomó mamadera hasta los 12 años. Una vez en la casa de una amiga se orinó y estaba ya grande. Siempre tuvo pesadillas y era muy miedosa. Su desarrollo psicomotor fue normal, solo que comenta que hablaba mucho.

En cuanto al rendimiento escolar reporta que siempre fue mala alumna tanto académicamente como en disciplina ya que considera era hiperactiva y muy mal portada; varias veces se escapó de la escuela. Repitió en 2do año y manifiesta que odiaba la escuela. Sus notas eran promedio. Tiene mala memoria y no recuerda mucho el pasado.

Durante la adolescencia era relajada, amigüera y extrovertida. No hubo episodios de homosexualidad ni problemas de identidad sexual. El estresor durante su adolescencia fue la escuela.

En relación a su adicción a las drogas, comenta que comenzó a sus 19 años de edad, con una relación que por imitar a su pareja fumó marihuana. Su fondo en la adicción fue que consumió drogas con la hija de su hermana.



Dice que este joven era problemático y no trabajaba. Su padre era estricto y solo la dejaba salir con él hasta las 12 a.m. En cuanto terminó su relación, continuó consumiendo drogas con una vecina. Tenía relaciones sexuales con este joven pero sentía que esta relación no tenía futuro. Se fue un fin de semana con él y quedó embarazada y se casó encinta a los 19 años con su novio y pensó en el aborto, pero no lo hizo y no se arrepiente de su hija, sin embargo ha tenido otros abortos en su vida adulta y se siente muy culpable por esto.

En su matrimonio su esposo la trataba muy mal, no piensa que el aborto era lo mejor pero si que estaba muy inmadura para traer una vida al mundo y eso no le gustaría para su hija. Su esposo la golpeaba y agredía verbalmente; la hija pequeña presencié varios incidentes de agresión. Se divorció cuando tenía 23 años. Continuó con el consumo de drogas. Su esposo al principio no sabía del su consumo de drogas y después se enteró y hasta consumían drogas juntos.

Después de su divorcio progresó su consumo. Siempre estuvo envuelta en relaciones conflictivas en una de las cuales fue víctima de una violación; esto fue traumático para ella ya que cuando esto ocurrió era virgen. Comenta que no fue promiscua, era “puritana” y siempre en sus relaciones de pareja tenía relaciones sexuales por amor. Se considera una mujer muy sensible, siempre llora y sufre por los niños.

Su hija hoy en día cuenta con 15 años de edad y tienen una bonita relación.

En su trabajo no sabe cómo ha subsistido, por su consumo, solo tenía una ayudante. Ahora mismo está en una crisis existencial, tiene un novio en México que conoció por internet, desde hace 5 meses. Se siente insegura de ir a vivir con él; su hija no desea hacerlo, no sabe qué hacer con el negocio, etc. se siente confundida. Va hacer un viaje a México a ver como le va y conocerlo mejor. El novio es menor que ella y está en el programa de Narcóticos Anónimos en su país. Siente que es una relación sana, pero no está segura ya que no lo conoce lo suficiente y económicamente no le está muy bien. Cuando regrese del viaje desea poner orden en su vida y tomar decisiones con respecto a su trabajo. Siente que tampoco hace esfuerzos por mejorar el negocio.

También en este momento se siente asfixiada porque tiene un hermano viviendo en la casa por siete meses, a quién le ofreció su cuarto, D duerme con su hija. Piensa que tiene dificultad para negarse a una petición porque se siente culpable, no sabe poner límites, dice que no lo pensó bien y que actuó por debilidad.

Actualmente es compulsiva con las compras y siempre lo ha sido.

Comenta que siempre ha sido ella la que ha mantenido a los novios, pagando todas las cuentas. No es ahorrativa y esto le preocupa porque debe dinero a las tarjetas de crédito. Comenta que está cansada de siempre tener que dar dinero aunque sea compartir a la mitad los gastos cuando tiene un novio. Desea que en su relación de pareja sea el hombre el que asuma los gastos y la mantengan. A nivel afectivo, dice D que se entrega totalmente a la relación pero que le resulta muy difícil recibir, lo cual le gustaría superar.

Últimamente está padeciendo de fuertes dolores de cabeza y piensa que es por su situación actual con su pareja y su indecisión con relación a su trabajo.

Con relación a su figura, comenta que siempre ha sido delgada y hasta ha deseado ser bulímica (en un tono jocoso), para no engordar.

En cuanto a la sexualidad relata que disfruta más la masturbación que la sexualidad en pareja. Le cuesta mucho conseguir el orgasmo, más que nada con su pareja y la mayoría de las veces tiene que fingir el orgasmo.

Lo que espera de la Terapia: dinámicas relacionadas para encontrarse a sí misma y ayudar a otras, identificar situaciones en que desconoce.

Se siente estancada hoy en día por sus conflictos existenciales, quiere ordenar su mente y su vida, la ansiedad con la compra y la comida, autoestima, la depresión. Desea trabajar sus relaciones disfuncionales, más que nada con la pareja. Quiere superar la manipulación, no estar siempre al pendiente y no ser tan controladora, obsesiva, celosa, cizañosa, codependiente, etc.

## **CASO 2: P**

Tiene 23 años de edad; es la tercera de cuatro hermanos: dos mujeres por parte de madre y un hermano de madre y padre. Sus padres están casados, sin embargo el padre sufre de una enfermedad terminal y está incapacitado para valerse por sí mismo.

Llegó a la entrevista soñolienta. Comentó que el día anterior había intentado suicidarse, tomando medicamentos. Esto fue a raíz de una discusión con su pareja.

Cuenta que su familia siempre fue de una estructura muy estricta; por ejemplo siempre tenían que estar sentados en la mesa a las 5 p.m. y no se podía hablar en la mesa, tampoco levantarse sin haber terminado; solamente era permitido que sus padres conversaran. Había mucha violencia entre sus padres, él era muy mujeriego y su madre casi nunca estaba en su hogar. **P** se crió con su abuela hasta los 11 años, hasta que murió; su madre trabajaba, al principio faltaba dinero, pero la situación mejoró mucho. Su padre era dueño de una compañía “X” e hizo mucho dinero. **P** sospecha que sus padres se casaron a la fuerza porque su madre quedó embarazada de ella, ha sacado cuentas, porque su madre la tuvo tarde, ella era solo como amiga de su padre, por eso cree que fue una hija no deseada. Siempre la comparaba con su hermano con sus dos otras hijas, más a ella, porque necesitaba que le explicara las tareas, entonces la descalificaba diciéndole que sus hermanas eran mejores alumnas. Siente que eran las preferidas de su madre. Se considera la oveja negra, por su adicción. Empezó a consumir a los 16 años, tomando licor, le decía a su madre que ella encontraba en la calle lo que no encontraba en su casa y eso era amor y cariño. Cataloga a su madre como una mujer muy fría, seca y sin capacidad de expresar afecto. Su padre también era inafectivo, sin embargo éste todos los días la llevaba a la escuela y siempre estaba ahí para ella, le enseñaba a escuchar música clásica y la aconsejaba para que no viera cómicas en TV porque eso “idiotizaba” a las personas. Justifica las infidelidades de su padre comentando que era porque su madre nunca estaba en la casa y no lo atendía.

Lo único que le gustaba de su madre es que la acompañaba a dormir todas las noches, cuando sufría de insomnio. No le admira nada. De su padre agradece que le enseñó buenos modales, él es muy gentil y educado. Admira de su padre que es muy inteligente; su madre también. Cuenta que siente mucho resentimiento hacia ambos: con su madre por no haber estado ahí cuando la necesitaba y por haber permitido que su padre fuera mujeriego y tuviera una amante, que acabara con la familia. De su padre resiente que cuando él tenía su amante, **P** sufría muchas humillaciones, como por ejemplo, cuenta que era ella la que tenía que ir donde ellos vivían (su padre con la amante) a buscar su dinero para el pago de la universidad.

Su madre asumió sola los gastos de la boda de ambas hijas y ya están divorciadas. Actualmente los ingresos que obtienen son de las “rentas” del padre y el trabajo actual de la madre.

P relata su infancia y comenta que le inculcaron valores, su desarrollo psicomotor fue normal. Fue abusada sexualmente desde los seis años a los 14, por un señor que aseaba en el edificio donde vivía, no hubo penetración; la acosaba y le tocaba sus partes. Cuando cumplió 14 años se dio cuenta que esto era malo y un día él se quiso meter al ascensor y ella lo empujó. En su casa no sabían de esto, hasta ahora, que se lo comentó a su madre porque se sentía muy culpable. También la abusó un empleado de su tío, otro que era amigo de su empleada y esa fue la primera vez que tuvo relaciones (tenía 11 años), no recuerda si hubo penetración. Cuando P tenía 14 años abusó sexualmente de una niña que tenía seis años que vivía en su edificio.

Su infancia no fue feliz, porque no recuerda nada, siente abandono y tristeza, siempre estaba y jugaba sola; o con su hermano, pero solo los tres y juegos de niños. Se comía las uñas, hasta ahora.

Cuenta que fue acomplejada de niña y aún lo es por su sobrepeso. dice que sabe que no se ve gorda, que solo tiene 10 libras de más.

Su abuela antes de morir le dijo: “no te ves lo gorda que estás, te ves horrible, eso la marcó para toda su vida”. Comenta que no se orinaba en la cama y su desarrollo fue a tiempo. Sufrió de pesadillas y nos cuenta una: *“se vuelve todo negro y está dando vueltas en un barranco, va rodando. Otro es que se le aparece un piedrero de colón que habla de la virgen, P le tiene mucho miedo, parece un diablo, y se le aparece en los sueños y quiere hablar y gritar y no puede”*.

Con relación a su rendimiento académico no fue aplicada, más si fue buena alumna tanto en primaria como en secundaria, no le gustaba estudiar y era muy conflictiva en la escuela e hiperactiva. No golpeaba dentro de la escuela pero si lo ha hecho en la calle.

En su adolescencia cuenta que era muy ansiosa y aislada, era tímida para unas cosas y para otras no. Le es fácil la comunicación. Era depresiva, pero por etapas. Hoy en día sufre de ansiedad y depresión.

Nunca le hizo daño a animales pero sí comenta que era traviesa en la escuela. Tenía muchos amigos pero eran solo de consumo.

Dice. “ahora tengo un conflicto enorme; me gustan los hombres pero más las mujeres, nunca había tenido una experiencia con una mujer, sino hasta ahora. La primera vez que pasó algo fue en la universidad que besé a una mujer y me gustó más los besos de ellas que de los hombres. Ahora salgo con un hombre y también con una mujer. Sexualmente me gusta más la mujer; desconozco si soy lesbiana. No tengo orgasmos con hombres, pero si lo logro con una mujer”. Este conflicto de identidad se le dificulta porque en Panamá dice, se rechaza la homosexualidad.

Sus masturbaciones eran frecuentes y empezó desde los 14 años. No se entrega a las relaciones porque ha sufrido mucho y le da miedo. Tuvo un novio a los 16 años, duró cuatro años la relación. Fue agredida por él psicológica, física y emocionalmente.

Su adicción comenzó a los 16 años bebiendo licor, todos los fines de semana, con personas mayores que ella, tomaba para embriagarse y olvidarse de todo lo que pasaba en su casa. Experimentó con marihuana a esa edad y a los 18 años se hizo adicta a esa droga. Bebía licor casi todos los días. Sufrió un accidente automovilístico hace dos años, donde casi pierde la vida; ese día hizo una promesa de no beber más. No podía caminar, perdió la mitad de su memoria; en ese tiempo tampoco podía ver bien; tiene tres placas en el cuerpo. No ve bien de un ojo. Entonces reemplazó el alcohol por la marihuana. Fue promiscua pero se cuidaba con preservativos.

Con relación a grupos de amistadas, cuenta que tiene cinco amigas que son de la universidad. Ha tenido varios intentos suicidas: con medicamentos durante su época universitaria, después con su auto, lo iba a estrellar con una mula y se arrepintió, sus ideas todavía están y piensa que lo haría con medicamentos. Se siente cobarde porque no le gusta enfrentar la vida tal cual es.

Ahora en abstinencia siente cosas, que antes no sentía por los efectos de la droga, entonces esto que siente se le hace muy doloroso.

Hoy en día trabaja en la empresa de la familia, pero no como “X” que es su profesión.

Trabajó tres años atendiendo turistas. No le gusta su profesión, estudió porque la madre la indujo y le pidió que estudiara esa carrera. Comenta que algún día va a estudiar Biología Marina que es lo que siempre quiso.

La situación familiar hoy en día está tensa, su hermano es jugador compulsivo y su madre está en política, lo económico no va bien. El hermano es muy agresivo.

Con su madre se está llevando mejor. Quiere que le reconozcan su recuperación. Siente que no cuenta con su madre para nada.

En marzo del año pasado, había fumado marihuana, iba a la playa y se fue a sola, y tuvo una discusión con su hermano y su madre la golpeó, y P drogada le contestó: “honrarás a tu padre y a tu madre y le puso la otra mejilla”. Le quitaron la llave del auto y la encerraron en el cuarto, y su madre llamó a la policía, y la llevaron al hospital, donde permaneció por dos semanas. Allí experimentó “alucinaciones” de que unos hombres querían robar en las casas de Villa Lucre, y se apuntó todos los números de las casas en la mano, según P, iba a través de la Biblia a descifrar los mensajes que Dios le había mandado con los números de las casas. Últimamente le pasa algo cuando duerme: tiene un tic nervioso en los pies, y le da miedo que sea la enfermedad de su padre. No siguió la medicación que le recetaron: Vivalán, dogmatil y altruína. No desea atenderse con psiquiatras ni tomar medicamentos.

Piensa que la terapia que se va a realizar le va a ayudar porque son personas con sus mismos problemas, que la van a confrontar, ayudar a encontrar las razones por las cuales se originó su consumo de drogas. Tiene miedo a la recaída y se siente estancada, no le ve sentido a su vida. Lo que desea de la terapia: encontrar su camino y buscar sus prioridades, ponerle orden a su vida. Trabajar su baja autoestima, relaciones, inseguridad. Le gustaría superar su inestabilidad emocional y afectiva porque siente un vacío que nada la llena, depresión y ansiedad.

### **CASO 3: H**

Cuenta con 24 años de edad, es la menor de tres hermanos; uno de 29 y otro de 30 años. Sus padres están actualmente casados y H es soltera.

Sobre la dinámica familiar comenta que en su hogar había violencia; su padre la golpeaba y la agredía verbalmente. Era una familia muy rígida y el padre muy estricto, no demostraba afectos. Comenta que desde su niñez hasta que cumplió los 18 años sentía terror hacia su padre, hasta sentía miedo por las noches, él la devaluaba y no respondía a los afectos que ella le demostraba. La manera que su padre mostraba su afecto según H era a través de la compra de juegos y cosa materiales.

El ambiente familiar lo cataloga como tenso y violento. Aunque piensa que su niñez fue normal, había muchas pelotas con su hermano mayor; hasta el punto que en una ocasión lo amenazó de muerte y le lanzó un cuchillo, éste al detenerlo se hirió en la mano. Con su otro

hermano, la relación es muy conflictiva y piensa que es codependiente del hermano. Cuenta que a este hermano lo tiene idealizado y siempre se le viene abajo y sufre. Cuando se enteró que fumaba marihuana sufrió mucho y él le explicó que eso no era nada y su adicción comenzó con su hermano. A los 19 años la situación cambió con su padre cuando le confesó que tenía problemas con la adicción y le dijo que tenía 5 meses sin consumir. Éste la apoyó, y sintió cambios en la relación ya que su padre se mostró mas comprensivo. Hoy en día nos dice H que es ella la que aconseja a su madre con relación al trato que le da a su padre. Los padres no beben, ambos hermanos usan drogas. H siente que fue la oveja negra de la casa. La relación con la madre era afectiva y siempre le gustaba que le contara la historia de cuando nació. Antes de ella murió una niña al nacer. Fue una hija muy deseada porque la madre deseaba mucho tener una hija mujer.

Hoy en día tiene buena relación con su familia. Cuenta que hubo un incidente en año nuevo: ella tenía cuatro meses de no consumir y su hermano se había ido de viaje y al llegar a Panamá consumieron juntos. Se sintió en esos días traicionada porque su hermano le comentó que se había comprometido con la novia. Siente que es muy co-dependiente con este hermano, ya que siempre fue ella la que lo salvaba o rescataba cuando estaba bajo los efectos de las drogas; era ella quién siempre lo iba a buscar a los lugares. El día que se sintió traicionada por él, intentó suicidarse, cuenta que primero lloró mucho e ingirió 90 pastillas junto con licor. Nos comenta que atribuye también este intento de suicidarse por la muerte de su perro en el cual volcaba todo su amor. Este incidente hizo que su padre se resintiera con esto.

Comenta que durante casi toda su vida siempre ha tenido ideas suicidas (hasta la semana pasada); cuando era muy niña, desde los dos años, imaginaba que sacaba las pistolas del padre y se suicidaba, hasta tenía balas escondidas. Cuando piensa en el suicidio lo relaciona con tomar medicamentos; algunas veces se trataba de cortar, pero le daba miedo. Piensa que la idea del suicidio es como una venganza contra otros, para lastimar a los demás, más que nada con lo del hermano. En su sesión con el psiquiatra el hermano mintió en todo y ella se decepcionó mucho. Ahora se ha alejado de él.

Considera a su padre un hombre honesto que ayuda a los demás, sencillo, humilde y sobre todo correcto. Lo que rechaza de su padre es la violencia y su carácter tan rígido.

Cuando H contaba con nueve años de edad fue abusada sexualmente por una empleada que aún continua trabajando con la familia; nunca le contó a sus padres sobre esto.

Guarda silencio y dice: “tengo un sueño reciente que lo relaciono con el abuso: *había una culebra Anaconda gigante al final de la calle y ella sabía y llamó a la empleada para que caminara por esa área y la culebra se la comió*”.

También nos dice que durante su adicción activa fue víctima de una violación sexual.

Con relación a su niñez, comenta que fue normal y algo feliz; su desarrollo psicomotor fue normal; aprendió a leer antes de entrar a kinder, y fue su padre quién le enseñó a leer antes de tiempo. Los libros son una parte importante en su vida porque le encanta leer y ser autodidacta. Cuando se deprime duerme mucho, para aislarse y olvidarse.

Era sonámbula, y hoy en día hasta habla dormida. No tuvo problemas con el control de los esfínteres y no se mordía las uñas.

Comenta que tuvo problemas alimenticios a la edad de 15 años ya que según ella estaba media gordita, cuando empezó con la cocaína y el éxtasis eso le gustó porque pudo adelgazar. Cuando comía mucho se producía el vómito. A veces no come nada, solo cigarrillo y coca cola.

De niña era chistosa, era el centro de atención, no era acomplejada, en la escuela se consideraba líder y era muy sociable. Siempre sintió deseos de irse de su casa aunque para ello tuviera que prostituirse.

Su rendimiento escolar fue muy bueno, en la escuela se integró muy bien y jugaba con sus compañeras. Se considera que siempre fue competitiva y exigente en lo académico, su concentración era muy buena y siempre prestaba atención a las clases. Solamente rehabilitó en tercer y cuarto año escolar y lo atribuye al uso de drogas.

Igualmente en la Universidad logró un índice académico de 2.8. Durante el período universitario se vio envuelta en muchos acosos sexuales por parte de profesores.

Durante la adolescencia conoce un muchacho quién fue su novio; en este período ya consumía drogas y este joven le pedía para complacerlo que tuviera relaciones sexuales con otras mujeres. Aclara que sólo lo hacía para complacerlo ya que nunca se ha sentido atraída hacia las mujeres. Tuvo una relación incestuosa con un primo hermano. Su sexualidad hoy en día es normal. Reporta que ahora mismo no desea tener relaciones de pareja por el programa de Narcóticos Anónimos, ya que considera que es mejor para su recuperación, lo hará por un año. Le han diagnosticado depresión. Al ser cuestionada sobre este tema comenta que la misma se manifiesta durmiendo mucho, comiendo, ideas suicidas, llora mucho y a veces ni se baña. El médico psiquiatra opina que esto pudiera tener una connotación hormonal. Actualmente está medicada y han bajado los síntomas.

Cuando se le cuestionó sobre su situación actual, comentó que se siente estancada. Desea trabajar sus pasos del programa de recuperación y tomar cursos. En la terapia le gustaría resolver lo siguiente: el miedo a recaer y su reserva la llama “la ira farisaica”, o sea observar a los demás consumiendo y ella no poder, o cuando su hermano llega drogado y le ocasiona envidia. El hermano y ella tenían un lema: “la familia que se droga unida permanece unida”. Tiene preocupaciones laborales, desea tener una cartera de clientes y ser independiente. También manifestó que desea trabajar su codependencia, el abuso sexual, la depresión, la autoestima ya que constantemente se auto devalúa; por último se siente muy ansiosa.

#### **CASO 4: I**

Tiene 29 años de edad. Es la tercera de cinco hermanos. Tres son de madre y padre incluyendo a I; dos del segundo matrimonio de su madre con quien tiene dos hermanas de 16 y 20 años. Uno de sus hermanos falleció a los 23 años a causa de una leucemia. Su madre está separada de su padrastro y su padre murió a 24 años de edad cuando la paciente contaba con cuatro meses de nacida. I tiene dos hijas gemelas de seis años; su ex esposo tiene la custodia. Cuenta que su madre primero vivió con su padre (hijo único) en Panamá, económicamente tenían estabilidad. Se casaron a la fuerza porque a su madre la rechazaban debido a su condición socioeconómica ya que trabajaba como ama de casa y como secretaria. Debido a esto se marcharon al interior del país. Su padre sufrió un accidente automovilístico y murió, bebía pero no era alcohólico. Su madre tenía 3 hijos, cuando tenía I contaba con cinco años de edad su madre se vuelve a casar. Vivió con una tía, debido a que su madre tenía muchas ocupaciones. Esta tía la trataba muy bien y hasta le decía mamá. Comenta que sufrió un trauma cuando se separó de su tía para regresar con su madre, a quién comenta, ni siquiera recordaba. Cuenta que buscó a la edad de cinco años un cordón de zapatos e intentó ahorcarse; lo que sintió en ese momento es que no podía expresarse; se sentía muy mal porque

le dijeron que se iba para donde su madre y ella no la recordaba. Cuando llegó la casa de la madre la sentía como una extraña, y sentía mucha soledad, sentimientos de no pertenencia. Vivió muchas frustraciones presencié cómo su madre trataba a su hermano, solamente por decir palabras obscenas; que en una ocasión lo obligó a arrodillarse y le colocó detergente dentro de la boca. Esto la asustó y no deseaba estar allí, posteriormente le sucedió a ella también. La situación económica era normal. Su madre contaba con dinero porque heredó de su padre. Tenía juguetes, se llevaba bien con sus hermanos. Su hermanito era rebelde. Ella se sentía sola porque era la única mujer y a su madre no le gustaba que sus hermanos jugaran con ella. Como quería hacerse pasar por niños para que sus hermanos la aceptaran y poder jugar, eso causó un poco de conflicto en ella. Ella le decía a su padrastro Sr. X, estaba confusa porque su madre le dijo que su padrastro iba a ser como su papá, no le dijeron de la muerte de su padre biológico, sino que estaba de viaje, ella siempre lo esperaba, le dijeron a los nueve años la verdad, y eso fue frustrante toda esa espera.

En la escuela se sentía acomplejada porque su padre había muerto, lo añoraba y lloraba mucho. La madre se burlaba de su llanto y le decía que para que llorara de verdad entonces la golpeaba, no le gustaba verla llorar. Comenta que como parte de la educación, los acostumbró, a no sentir, a no expresar, a no confiar, eso era tabú, no tuvo amigos, solo tuvo una amiguita pero distante. Su madre era demasiado estricta y con muchas reglas. Económicamente les iba bien por el padrastro, pero solo podía interactuar con hermanos y era igualmente estricto y la restringía mucho, así como también era violento y la golpeaba; era un hombre inexpresivo y no demostraba afecto.

Hoy en día no le gusta de su madre su agresividad; sin embargo admira su coraje y valentía, ya se lleva mejor con ella. El padrastro es diabético y actualmente están separados, lo describe como arrogante, prepotente, y solo llegaba en las noches y prohibía que jugaran, ella lo hacía a escondidas, también imponía muchas reglas.

Habla de su infancia y relata que fue una hija deseada, le enseñaron muchos valores, su desarrollo fue normal, no hubo mudanzas.

Abuso sexuales: a los tres años un vecino que su madre lo quería como hijo e iba mucho a la casa, la forzaba para que lo tocara. (lo recordó en una terapia de regresión). Su hermano también abusó de ella. Cuenta que su infancia fue infeliz, por la falta de su padre. De niña era inteligente, muy capaz, extrovertida en la escuela, tenía facilidad de expresión pero en cuanto a su relación consigo misma era muy reprimida.

Enuresis nocturna hasta los 19 años de edad. Su lenguaje fue normal y a tiempo. Siempre experimentó pesadillas relacionadas con su padre pero no le podía ver su cara, se frustraba en el sueño, el cual es recurrente. Se hacía daño físico, no comía, piensa que sufrió de anorexia y bulimia y esto ya ni lo provoca, sucede espontáneamente (los vómitos). No se está tratando esta enfermedad porque no está segura. Come y le da ganas de vomitar, trata pero no lo puede controlar. Se mordía mucho las uñas.

En primaria y secundaria fue cuadro de honor y era muy adaptable en la escuela. Durante la adolescencia nunca tuvo novio porque comenta que tenía problemas con lo del abuso sexual. Cuenta que hasta los 17 años tenía mucho miedo y odiaba las relaciones. Llegó un tiempo a pensar que hasta era lesbiana, por su miedo y estuvo confundida pero sabía que no le gustaban las mujeres.

Su vida sexual es normal, pero a veces se reprime y piensa que es por lo del abuso. Era en ese tiempo social y normal. Hubo un estresor familiar: cuando 1 contaba con 16 años le contó

a su madre del abuso y ésta no le creyó, además su madre recién se había separado de su padrastro.

En el lugar donde mejor se sentía era en la escuela porque estaba ausente de gritos, de violencia. I se considera violenta, pero no la expresa, porque sabe que puede hacer daño. A su hijas se la quitaron legalmente, no las ve. El padre la acusó de maltrato físico a las hijas, de loca y drogadicta. Ella le pegaba a sus hijas para corregirlas y después se dio cuenta que eso era inadecuado. Sus hijas tienen seis años y tiene año y medio de no verlas; se siente muy frustrada por esto. El padre de las gemelas le impide verlas, pero ha tenido problemas económicos muy serios y la depresión que siente se lo impide, como también su ansiedad.

Su adicción: cuenta el padrastro como era diabético y tenía muchas tabletas de valium y ella escuchaba que se tomaba para dormir y comienza a consumirlas. El cambio donde su tía para donde su madre lo considera traumático, deseaba la muerte desde los cinco años. Sufría de rinitis y asma y le mandaban clorotrimetrón y dimetap y eso le daba sueño, para ella era mejor estar así porque le daba miedo que su madre la viera llorando, y se tomaba las pastillas. La primera vez se tomó tres valium, se sentía protegida tomándolas y lo seguía haciendo frecuentemente. A los siete u ocho años tomó licor de la casa con sus hermanos. Le inyectaban algo para el asma pero no recuerda qué es. No comía, las pastillas le quitaban el hambre y además porque su madre le decía que tenían que dar gracias a su padrastro porque por él podían comer y mantener el estatus y entonces no comía por rebeldía. Su madre no se daba cuenta porque le daba a escondidas la comida al perro.

Fue la mejor estudiante para agradar a su madre. A raíz del nacimiento de sus hermanos, la madre decía constantemente que los ha debido abortar a todos, mejor no nacer, por su cuerpo. Cuando golpeaba a uno, les pegaba a todos. Cuando nació sus hermanos le dio celos, por las comparaciones. Pero su hermanito la llenó ya que se sentía útil cuidándolo y también de esta manera lograba que su madre se sintiera agradecida. Se convirtió en la protectora de ellos. Tomaba licor sola, nunca lo hacía en fiestas. Tenía mucha tolerancia y se sentía como héroe por eso; combinaba el licor con medicamentos. Conoció al papá de sus hijas a los 16 años, lo quería mucho y a los 19 años él tenía una farmacia y se fue a trabajar con él, quería irse de la casa, ese era su mayor sueño y lo logró. Y se fue a vivir con su novio. Trabajó un año, no se casó con él. La familia de él no la quería y seguía con su consumo, pastillas por cantidades: 12 cada tres horas, I pensaba que eso era normal (menciona varios medicamentos). Tuvo una crisis asmática y quedó en el hospital, la llevaron a un psiquiatra y éste le recomendó valium, sin saber que era adicta. Tuvo con su pareja una relación muy disfuncional, la abusaba emocionalmente. Se buscó otra mujer debido a que el hermano de I se enfermó de leucemia y ella lo iba a cuidar. Su pareja la puso a elegir entre su hermano o él. Lo cuidó un año y nueve meses y murió. No le compraba comida, decía que tenía que depender de él para ser alguien, la devaluaba, no la dejaba ver a su familia.

Comenta que solo llegó a segundo año universitario. Dice que nadie sabía de su consumo, todo se supo cuando la relación terminó y nacieron sus hijas. Ella no quería estar embarazada por la muerte de su hermano, su compañero deseaba que abortara. La despidió del trabajo en la farmacia y terminó la relación después de cuatro años de vivir juntos. Se fue con sus hijas y no las apoyó y le dio una depresión muy fuerte y no tenía la cantidad de medicamentos y se empezó a enloquecer porque no podía estar sin las pastillas y allí se dio cuenta que tenía problemas de adicción.

Intentos suicidas: la primera a los cinco años de edad; luego a los 12 años de edad, ella cuidaba a su hermanito y se cayó y tuvo un golpe en la cabeza, y se tomó todas las pastillas



del padrastro, vomitó pero al día siguiente se sintió mal y la madre la mandó al médico y la llevaron a una psicóloga y ella murió después y comenta: “todas las personas que significan algo para mí se mueren”. Cuando tuvo en el hospital, tuvo otro intento con pastillas. Actualmente, han bajado las ideas suicidas, pero ayer tuvo una muy fuerte. No tiene pareja, vive sola.

Lo que desea de la terapia grupal es superar el miedo a expresarse. Comenta que se siente estancada en los grupos de autoayuda, siente que son miedos a expresar emociones o su reacción ante ellas: o las evade o reprime, es perfeccionista, siente que es una fracasada. Tiene miedo a la recaída. Cuando recayó fue por una relación y no tenía trabajo, como consecuencia, sufrió una depresión. Quisiera en la terapia trabajar la confianza, ser una mejor mujer, se siente insegura, ansiedad, tiene miedo al fracaso. Siente que la próxima vez que intente el suicidio no va a fallar, por esto quiere solucionar sus problemas.

### **CASO 5: T**

Tiene 21 años. Cuenta que su niñez fue muy triste porque a los 12 años su madre le contó que su verdadero padre no era el que la crió. Su padrastro estuvo con ella desde que tenía tres años. Su padrastro siempre fue frío y distante y apegado a su medio hermano (hijo del padrastro con su madre) quien cuenta con 16 años. T nos dice que siempre intentó un acercamiento con su padrastro pero éste no le correspondía. Actualmente están divorciados y T le quitó el habla desde hace un par de meses, no quiere saber nada de él. Ahora mismo está en una situación difícil porque su madre la echó de la casa, vive con la hermana de su mejor amiga. La discusión fue porque según T, su madre protege a su amante quién está casado y con quién mantiene una relación desde hace 5 años. Este señor, dice T no aporta dinero al hogar y lo único que hace es interferir en las decisiones que toma su madre. El hecho de que esto sea una relación extramarital, los pone a ella y su hermanito en situaciones difíciles, porque él llega cuando puede y su madre permite esto. Por ejemplo, si están en el cine y llama el señor, los deja allí y que tomen un taxi y se va a ver a su amante. Inclusive comenta que está molesta porque hasta el estacionamiento privado se lo ha dejado a este señor y ella a quedado por fuera, hasta le ha cerrado con cerrojo la puerta cuando está con su madre está con su amante.

T se siente muy mal porque no tiene dinero y siente que su madre no le importa nada, si come, si está bien, donde vive, etc.

Últimamente esta más amable, pareciera, comenta, que tal vez se siente culpable. A su hermanito lo tiene consentido, y a ella no le pregunta nada, sobre la universidad, etc.

No sabe quién es su verdadero padre es un tema tabú. Ella desea saber pero su madre siempre le dice que no quiere hablar de eso. La abuela tampoco sabe. Lo único que conoce es que su padre se llama X. La abuela le dice que tal vez no sabe de quién es porque su mamá salía con dos hombres a la vez. Dinámica familiar: no había violencia, sino un ambiente frío y nada le importaba.

Su madre siempre la cuidó y atendía apropiadamente. Con su hermanito se lleva bien y es su adoración. Lo que más le gusta de su madre es que es muy luchadora y trabajadora, y no le agrada que es muy superficial y no se comunica. Le gustaría tener una relación más profunda con su madre y hasta que fueran amigas. T contaba con 15 años cuando su madre se separó de

su padrastro; esto, dice, al comienzo no le afectó, lo consideraba un bulto, y no lo extraña porque nunca la llenó.

La situación económica está bien, pero han tenido períodos de inestabilidad. Su madre ha sido la cabeza de la casa.

En la niñez su madre le inculcó los valores morales. Su desarrollo psicomotor fue normal. No recuerda haber sido abusada sexualmente pero tiene una sospecha. Comenta que su infancia fue feliz, porque hacía todo lo que quería. Congeló las partes tristes. De niña fue muy introvertida, no fue acomplejada pero fue muy miedosa al rechazo, a no ser comprendida. No sufrió de enuresis, ni pesadillas. Su rendimiento escolar fue bueno hasta obtuvo cuadro de honor. Experimentó tres cambios de escuela. Interactuaba pero no tenía la iniciativa de socializar, esperaba a que los demás se le acercaran. Hacía travesuras. Ha pensado en el suicidio pero no nunca lo ha intentado. Cuando lo piensa imagina que serían con medicamentos, de esto hace unos meses atrás. Siente mucha ansiedad y fuma; también experimenta tristeza.

En su adolescencia tuvo experiencias con ambos sexos desde los 14 años de edad, se considera bisexual; sin embargo se inclina más por las mujeres. Con relación a la sexualidad tiene dificultad para sentir orgasmos.

Con relación a su forma de ser, se considera introvertida y muy tímida, tiende al aislamiento. Cuando tenía 14 años experimentaba patrones autodestructivos: se cortaba en los brazos.

No conoce nada del pasado, ni de su madre, siente que todo es una oscuridad. Su madre se crió con su bisabuela y en esos tiempos era muy estrictas con ella, fue muy solitaria e introvertida.

Su experiencia con la adicción comenzó cuando tenía 14 años con el alcohol, marihuana y cigarrillo. La primera vez no le gustó la marihuana pero después de un año sí. Después a los 16 años experimentó con cocaína y a los 17 que fue su consumo máximo de las tres drogas juntas. Se unió con gente de la mala vida, su padrastro ya no estaba en la casa, y el otro señor sí estaba. Cuenta que sus 18 años fueron épocas muy difíciles; estuvo un año en España, ahí estuvo más tranquila, pero le dio miedo el ambiente de perdición y se sintió insegura. Era solamente alcohol, pero tenía lagunas mentales.

Sus relaciones sentimentales tienden a ser estables, y es muy entregada, duran más de un año y la última fue fracaso y todavía tiene conflictos con esa relación.

T actualmente no trabaja, solo estudia.

Actualmente siente un vacío interior, soledad. Lo que desea de la terapia es interactuar con otras personas con problemas similares a los suyos y ver otros puntos de vista.

No siente estancamiento, ni le tiene miedo a la recaída. Le gustaría resolver o superar su relación anterior, no sabe si está enamorada, siente mucho odio, rabia y amor a la vez. Se odia a sí misma por tonta y a su ex pareja por mala persona. Se siente traicionada, también la situación con su madre y no saber quién es su padre. También le gustaría trabajar la autoestima y superar su depresión.

## **CASO 6: E**

Tiene 34 años, la menor de tres hijos: un hermano de 37 años y una hermana de 45 años. Sus padres están separados.

E está actualmente casada desde hace cinco años y tiene cuatro hijos: dos hijas de 15 y 11 años de padres diferentes y con el actual esposo tiene dos hijos: uno de cuatro años y otro de dos.

Con relación a su historia familiar, cuenta que sus padres le ofrecieron buenas oportunidades, como por ejemplo estudió en escuela privada y tenía ropa a la moda. Sin embargo, expresa que sufría por la violencia de los padres. Sentía mucho vacío afectivo por parte de ambos. Al padre lo describe como frío y distante, y lo resiente por eso. Su madre atendía los asuntos del hogar, sin embargo mostraba patrones muy obsesivos y muy controladora; a tal punto que E comenta que hasta se sentía que se ahogaba. Debido a esto hacía cosas a espaldas de la madre, o sea a escondidas.

Tuvo un embarazo cuando contaba con 18 años y su madre nunca se dio cuenta de esto, con todo y que vivía con ella.

Con relación a su rendimiento académico comenta que fue buena alumna y hasta cuadro de honor. En cuarto año se sintió agobiada y cambió por un mal comportamiento: rayaba toda la escuela, con su nombre, se escapaba de la escuela y comenta que era muy traviesa. Rehabilitó en dos materias y las recuperó. Fue a la Universidad hasta cuarto año.

Se llevaba bien con los otros niños en la escuela. De niña se consideraba muy precoz y manifiesta que era muy lujuriosa; atribuye esta situación al hecho de que sufrió una violación a los nueve años de edad por su primo hermano que vivía en su hogar. Este joven tenía 22 años y la obligaba a practicar sexo oral. Esto sucedía todos los días al medio día, le causaba mucho asco, pero este joven la tenía amenazada.

Es ahora que está en recuperación, donde se ha dado cuenta de cómo esta situación la ha afectado. Cuenta que a partir del abuso sexual, se volvió precoz, si llegaba un primito ella quería desnudarlo, para masturbarse con él; también con los vecinos.

A medida que fue creciendo se volvió muy promiscua, hasta con mujeres, no le gustan las mujeres, ni tiene conflicto de identidad sexual y esto no se lo había confesado a nadie, más bien le da asco esto de las mujeres. Lo hacía por prostitución cuando los hombres que le pagaban por esto le exigían que lo hiciera y así lo hacía; comenta que solo por dinero y porque estaba drogada. Expresa que no experimenta orgasmos.

En este momento tiene conflictos con su esposo porque no tiene relaciones sexuales con él y esto le trae serios problemas, desde que se casó con él, nunca ha sentido nada sexualmente, ni con nadie. Con la masturbación le es más fácil lograr el orgasmo, sin embargo le cuesta mucho, y cuando lo logra es porque imagina que es otra mujer. Cuenta que cuando tiene relaciones con el esposo “su mente empieza a volar” y mentalmente se transforma en otra persona; cualquier mujer, pero imagina más a las mujeres con quienes su esposo mantuvo relaciones antes que ella. Su esposo tiene dos matrimonios anteriores de los cuales tiene dos hijas. Esas dos mujeres son la que imagina cuando está con su esposo sexualmente. Ha pensado en el suicidio porque no desea tener relaciones y su esposo la acosa, también en consumir drogas porque dice que ya no aguanta..

Su esposo pertenece también a la agrupación de Narcóticos Anónimos y sin embargo ella siente que él no la comprende por lo que está pasando. E se siente culpable por esto y hasta piensa que lo está enfermando. Comenta que en este momento pudiera quedarse toda una vida

sin que la tocaran; no desea tener relaciones con nadie, porque para sentirse mal, no vale la pena, desde que se quita la ropa y se mira siente asco por ella misma. Es evangélica, y no se perdona haber tenido relaciones con mujeres, se la pasa pidiéndole perdón a Dios.

Entre los recuerdos de su infancia, comenta que le agradaba que su padre era responsable; los atendía en la parte material, pero siente que ninguno de los dos le daba atención ni amor. Nunca contó lo del abuso sexual hasta el año pasado y su madre no reaccionó, le sigue hablando a su sobrino como si nada.

Considera que el ambiente familiar que vivió fue de violencia, su padre no la golpeaba sin embargo tiraba objetos y verbalmente era muy ofensivo y no le inculcaron valores espirituales.

Su desarrollo psicomotor fue a tiempo y normal. Recuerda que se comía las uñas y hasta ahora lo hace.

De niña tenía complejos porque era delgada y porque se desarrolló a los 12 años, quería estar más gordita para que la vieran, se ponía papeles en los senos para agrandarlos. Siente que esto fue un trauma para ella. Se siente introvertida, en los grupos no habla, es retraída. En la escuela también fue así con miedo y tímida.

Ahora en la vida adulta comenta que tiene problemas con el control de los impulsos sexuales. La madre la indujo a la prostitución, porque salía y su madre le decía que a los hombres había que sacarles dinero. Ahora mismo es ama de casa; sin embargo le gustaría trabajar pero se siente insegura.

Siempre fue muy ansiosa, hasta antes del consumo de drogas, el cual comenzó a los 21 años de edad. Conoció a un señor mayor, convivió con él y otros siete extranjeros, ella era la única mujer. Todos consumían drogas. Cuenta que una noche tuvo relaciones con tres personas y sintió muchos asco: ella, otra mujer y un hombre.

Se casó enamorada de su esposo pero como se mencionó en líneas anteriores confronta problemas de tipo sexual y ella le ha confesado a él de que se imagina a otras mujeres cuando tiene relaciones sexuales con él. Lo quiere abandonar pero tiene miedo a la responsabilidad de no poder mantener a sus hijos.

Le gustaría trabajar el tema de las relaciones de pareja en la terapia. Lo que piensa que es una terapia: compartir de todos, le gustaría resolver el trauma sexual, sentir que no es la única, se siente estancada, con la autoestima por el piso, llora mucho, siente depresión, resolver su conflicto sentimental, miedo a la recaída.

Con relación al suicidio vuelve y comenta que le preocupa porque está planeándolo mentalmente desde hace más de un mes, por el problema con su esposo. Una vez la dejó y se fue a buscar a su esposa, y lo resiente por eso. No lo ha perdonado. No ha habido intentos suicidas. Siente que lo odia, hasta *soñó que lo había apuñalado varias veces, en el pecho con rabia y veía la ex esposa de él y ella le gritaba que ella ya no lo quería, y le decía huye que te van a meter presa y contestaba que no le importaba, y lo mataba pero miraba para atrás y lo veía vivo, y se retrocedió y lo mató, el sueño fue hace poco.* A veces lo quiere y a veces lo odia. El antes la golpeaba y ella le tiene miedo, pero ya no la golpea, la última vez fue que le tiró una silla. El está aburrido de que ella no lo complace sexualmente y conoce la historia del abuso sexual. La ha tratado de entender, pero le resulta imposible. El sexo oral es repugnante para ella, porque le recuerda a su primo. Su esposo le reprocha y le dice que él está cansado de sus problemas, así es que ella se siente sometida y que lo tiene que hacer. Y la hace sufrir. La encara siempre con el hecho de que tiene cuatro años de no consumir y le dice que pareciera que eso no le ha servido de nada.

No le gusta ni abrazarlo ni besarle, no sabe si lo quiere, pero cuando se va lo extraña. Corre con los gastos hasta de las hijas que no son de él.

Cuenta que en días pasados soñó con un ex novio que se quería casar con ella y le gusta porque es alto y elegante su esposo es chico y gordito. Y lo vio en estos días, de repente le dio la idea de llamarlo. A este joven comenta que lo manipulaba mucho porque él no tomaba y el sexo no lo recuerda porque siempre estaba drogada.

Manifiesta que se siente culpable porque es agresiva con sus hijas. Se considera controladora con el orden y la limpieza, duerme bien. No para de limpiar, se siente como loca por eso de la limpieza: por ejemplo el fregador no puede ni estar mojado, desde niña fue así. Sus hijas le alteran los nervios y las ha tenido que dejar unos días donde su madre ya que se siente muy ansiosa. Experimenta muchos celos de su esposo y tiene miedo que esté con otra mujer porque ella no lo complace sexualmente. Cuenta que está con él solo por el dinero; han tenido problemas pero lo considera un buen hombre. Quiere trabajar en la terapia su agresividad y la depresión. Tiene miedo a volverse loca, comenta.

### **CASO 7: Y**

Tiene 22 años de edad y es la menor de seis hermanos: tres de madre y padre (dos mujeres y un varón), una hermana adoptada y su hermano mayor por parte de padre.

Su padre falleció cuando ella era muy pequeña y de su niñez recuerda que su padre la dormía todas las noches meciéndola en mecedora. También alquilaba un auto y la llevaba a pasear; también lo recuerda sentada en sus piernas en un bus donde ocupaban el primer puesto del mismo. Siente este recuerdo muy vívido y no ha podido superar la muerte de su padre. Cada vez que se celebra el día padre o navidad, se pone muy mal.

Su madre se volvió a casar, sin embargo ya están separados. No se llevaba con su padrastro. Siente auto desprecio porque dice que es una adicta, lo peor de su casa, una vaga, una inútil, sus hermanos lo dicen a sus espaldas.

Cuando tenía ocho años, sus hermanos la llevaban a la escuela. Hace 20 años hay un señor (ella lo considera un buen hombre) que se queda en su casa y su padrastro celaba a su madre con este señor. Había mucha violencia verbal y Y dice que se cansaba de tanta discusión y su madre no hacía nada.

En cuanto a lo económico, no les hacía falta nada, su padrastro trabajaba en equipo pesado y su madre, ama de casa. Ahora se sostienen con la ayuda de sus hermanos y del señor que vivía allí, su madre a veces tiene trabajos temporales. Y, casi no está su casa. Se salió de la universidad.

Su primer trago de alcohol fue cuando estaba en 3er año escolar con su vecina, y en 4º año empezó a fumar marihuana, siguió tomando y en quinto año dice que fue patético, había mucha violencia entre su padrastro y su madre. La afectó tanto que fracasó en una materia e insultó a una maestra y empezó a tomar en la escuela y allí se dieron cuenta y los profesores la mandaban siempre a orientación, todos los días, se salió de la escuela, solo faltando un mes y la ayudaron a pasar, tenía tres fracasos.

Era una niña retraída, cohibida, penosa, en grupo le cuesta mucho expresarse. En la escuela cuando le tocaba dar una charla se escapaba de la clase. Ahora está en la universidad donde se siente bien siempre y cuando no conozca a nadie, comenta.

Era buena estudiante, retraída, hasta 5º año que empezó de verdad su adicción, ya para sexto años consumía todos los días, no le importaba nada con su familia, a las dos semanas de haber entrado a la escuela se va a visitar a su hermano que estaba en la cárcel (robo de autos) y estaba decidida a no ir más y su hermana la convenció de que se fuera a X provincia y la madre la envió allá a que terminara su escuela, toda su familia es de allá. Su hermano mayor es alcohólico, y ayuda a su mamá en todo, pero cuando consigue un trabajo lo pierde por el consumo de alcohol.

Cuenta que fue abusada sexualmente....silencio, dice: “no estoy segura que quiero habla de esto con usted”. Después de un silencio largo se decide y cuenta que cuando tenía cinco años fue abusada por un vecino; su padrastro presencié esto y no hizo nada, tampoco su madre. Resiente que su madre nunca le enseñó nada y eso no se lo perdona. Así como esto le pasaron muchas cosas que su madre no se enteró, cada vez que llegaba embriagada, ella contaba todo a su madre y la insultaba y su ésta lloraba, no sabe si le creyó. No recuerda su infancia (responde cuando pregunto por la relación con su madre) y eso es la que la llevaba a tomar más y más. Lo que la hizo tomar a los 15 años fue su recuerdo del abuso, a parte de los problemas que tenía con su padrastro, todos sus recuerdos le venían: porque su mamá nunca estaba ahí para ella, porque nunca le decía que la quería. En una ocasión fue a donde una psicóloga y expresa: “la mandé a volar” y la psicóloga le recomendó que cada vez que le viniera un recuerdo tratara de hacer otra cosa para olvidar ya que los recuerdos la inducían más a tomar. Hoy en día sigue haciendo eso. Pregunto: has recaído? No, porque yo soy una porquería que ya no vuelvo, solamente he practicado la abstinencia y no los pasos, pero siento que no he cambiado nada. Le cuesta hablar y mucho más con mujeres porque ella es lesbiana, pero habla de vez en cuando con un compañero de grupo. Se llevó muy mala impresión de los grupos, porque cuando al tercer día de haber llegado, uno de sus compañeros se agarró a golpes con otros y se preguntó qué hacía allí con esos locos. Ya se ha acostumbrado, pero no comparte dentro de los grupos porque ahí se rompe el anonimato, además por su timidez.

Sobre la dinámica familiar comenta que había mucha violencia entre su padrastro y su madre, a causa de la economía. Hoy en día el ambiente ha cambiado porque su madre también lo ha hecho por todo lo que Y le ha contado; ahora es cariñosa, la consiente y todo se lo hace. Se siente mal por esto porque ella no colabora en la casa y dice que no sabe hacer nada. Cuando vivió en X provincia, tenía que lavar, planchar, etc. y ella no está acostumbrada y le costaba mucho.

Y tiene pareja, y ésta desea que vivan juntas, pero su respuesta es negativa debido a que de esa manera tendría que hacer los oficios de la casa, para lo cual no está acostumbrada. La familia conoce sobre su inclinación sexual, ella se lo contó cuando tenía 17 años y se siente aceptada. Admira de su madre porque es muy luchadora, trabajadora. Lo que rechaza es que no sabe dar consejos, porque según Y solo llegó hasta 6º grado de la escuela. Su abuelo materno era muy pobre y su madre llegó a la ciudad para trabajar y ayudar a sus padres.

Considera que su niñez fue normal, tomó mamadera hasta los cinco años. Siempre se comía las uñas, hasta ahora. No tenía complejos, pero se siente que era como una niña boba en la escuela. Su infancia no fue feliz. De niña siempre jugaba con vecinos, eso es todo lo que recuerda.

En tercer año le pegó a una compañera, eso es lo único que ha hecho.

Durante la adolescencia, a partir de los 11 años comienza su inquietud por su identidad sexual, su primera experiencia fue a los 19 años. Tiene una vida sexual normal.

En el colegio comenta que era rebelde y se quedaba dormida en las clases. Cuando se fue a X provincia y terminó 6° año, su tía que la cuidaba y era muy estricta y le enseñó muchas cosas de la vida, cosas que su madre nunca le enseñó, los tres primeros meses fue excelente en la escuela, hasta que volvió a tomar y a fumar y tuvo problemas con una muchacha en la escuela y el padre de ésta le reclamó a su tía. Esto ocasionó que se mudara con otra tía, y continuó bebiendo. Conoció a un muchacho, y se iba a beber licor con él. Conoció a una muchacha “loca” que la perseguía, en ese momento no le interesaba ni hombres ni mujeres, solo quería tomar licor y vomitar. Comenta que no se provocaba el vómito sino que era natural a la hora de acostarse. Mantuvo una relación con esa muchacha y no sabe cómo, porque ella era alcohólica e iba a la escuela tomada, faltaba mucho a la clase. Se quedó en matemáticas y la recuperó en Panamá y labor social y en el 2000 se metió en la Universidad ahí conoció a una joven, y tenía dos meses de no tomar y recayó. Cada vez que toma le gusta contar su vida, y se la contó a su amiga, y le dijo que era lesbiana, y comenzó una relación con ella, pero hace un año la dejó y hasta el día de hoy no ha podido superarlo. Tiene pareja pero no es feliz, tiene un año y 8 meses. Considera que en esta relación la que no está bien es Y, hasta le ha sido infiel. Es violenta con su compañera, hasta la ha golpeado, no sabe controlar su ira.

Se siente muy ansiosa, más que nada cuando se molesta y comienza a fumar cigarrillo que le hace daño ya que ella sufre de asma.

Ha tenido dos intentos suicidas cortándose las venas. Al mes siguiente se tomó un frasco entero de una medicina para el asma que sus efectos secundarios son taquicardia, casi le da un paro cardíaco, comenta. Ambos eventos quedó en sala de Psiquiatría del Santo Tomás. Cuenta que esas dos semanas que pasó ahí, fue la persona más feliz del mundo, se sentía libre y atendida, no sabe si eran los tranquilizantes, pero era feliz, y todos sus hermanos fueron a verla y jugaron ping pong y juegos de mesa, sintió que tenía una familia, fue la única vez que se sintió bien.

Después fue atendida por una psicóloga y un psiquiatra, pero se sentía intolerante y los insultaba. El médico psiquiatra le comentó que necesitaba más tiempo en la sala de psiquiatría, porque era muy agresiva con los médicos. El médico envió una recomendación para que permaneciera 6 meses más, no hubo diagnóstico, o no lo recuerda.

Hoy en día se lleva mejor con su madre, pero no está tranquila porque están dos sobrinos que la perturban porque hacen mucho ruido. Su problema de ahora es que la pareja quiere que vivan juntas y ella no lo desea porque no quiere hacer nada. Su pareja le reclama diciéndole que es una inmadura, que cuando va a crecer que ya tiene 22 años, que es una inútil, consentida, etc. Ella tenía problemas con sus hermanos porque ellos le tienen celos, porque su madre le da dinero; también le habló muy mal a su pareja de ella, siente que eso no lo ha podido superar, la hace sentir mal porque es su familia y no debería ser así, deberían quererse todos, siente que es lo único que tiene. Le molesta que hablen a sus espaldas, sus propios hermanos. Siente que sus hermanos hablan mal de ella, porque su madre la ayuda económicamente con la universidad y sus pasajes y dice que todos le piden dinero, aunque ganan muy bien. Se siente la oveja negra. Quisiera que sus hermanos le dijeran en su cara todo lo que sienten, según ella su odio, su rabia, celos, su homofobia, etc. No han sido unidos.

Sigue pensando en el suicidio, hoy en día. Porque se pregunta porque salió de la adicción, si ahora se siente peor y siente todo el dolor. Le cuesta mucho sentir: felicidad, rabia. Ahora siente depresión y ansiedad y también estancamiento.

Cuando se le cuestionó sobre lo que pensaba era una terapia respondió: donde todas se desahogan, o un tema, siente que le va a costar hablar ahí.

Le gustaría que esta terapia la ayudara a superar su miedo hablar frente a la gente, el duelo con su padre que nunca pudo olvidarlo, la autoestima, el miedo a todo, es como pánico, (ansiedad) se siente paralizada. Preocupaciones: con la pareja porque no quiere hacer los oficios, ella la quiere pero no sabe lo que le pasa. Quiere paz, siente que si se va a vivir con su pareja no soportaría los celos porque ella tiene una hija de 6 años; se siente egoísta y celosa. Conflictos: siente que es en su casa, cuando sus hermanos llegan ella se encierra en su cuarto, porque aún reciente que la traicionaron al hablar a sus espaldas. Le tiene miedo a la recaída, pero cuando piensa en el pasado se calma. Se siente deprimida.

### **CASO 8: C**

Tiene 36 años de edad y es la última de seis hermanos: dos varones y tres hermanas, una de ellas solo por parte de madre. Actualmente está casada con un extranjero que no convive con ella desde hace dos años. Con su esposo tiene un hijo de 15 años y otro de 18 años, producto de otra relación en el pasado.

Cuenta que ambos padres fallecieron y eran casados. Su padre tenía problemas de adicción y gastaba el dinero del hogar en su consumo. Su madre fue rechazada por la familia de su padre porque ésta según comenta C era de bajos recursos económicos.

Manifiesta que desde muy niña le tocó una infancia difícil, se metía debajo de la cama por miedo, ya que fue víctima de violencia intrafamiliar. Cuando contaba con siete años de edad presenció a su madre amenazar a su padre con un arma blanca, así como también golpes y maltrato verbal, para lo cual en muchas ocasiones hubo que recurrir a la policía.

C nos dice que era la adoración de su padre y que fue la hija que él más quiso.

Habla del abuso sexual (con penetración) que sufrió por parte de su hermano mayor cuando ella contaba con nueve años de edad; quién le colocaba una almohada en la cara para que no gritara; para ese tiempo su padre moría de cáncer en un hospital. No tuvo la oportunidad de contarle a sus padres de la violación porque su madre también muere del corazón.

Se considera una persona prepotente. Se inició en el consumo de drogas a los 13 años, y se rodeaba con personas de dinero, y abandona los estudios, al 2do año.

Comenta que no recuerda su niñez, pero siente que fue triste por lo de la violencia; además su madre la descalificaba y hasta la amarraba porque era muy inquieta, hasta le decía que era la “oveja negra del hogar”. Le gustaba jugar con los muchachos y juegos de hombres, se consideraba una niña rebelde.

Le gustaba mucho el volleyball y hasta llegó a la selección centroamericana; luego queda embarazada de su primer hijo, producto del consumo de drogas. Cuenta que fue un embarazo no deseado y aún así no dejó de consumir drogas.

Ese embarazo fue prematuro, su hijo pesó solo tres libras y nació con problemas de soplo en el corazón ya que C sufrió ese día de una sobre dosis de drogas.

Su esposo la abandonó por el consumo de drogas. Quedó viviendo en una iglesia de la localidad. Por drogas llegó a vender su casa por B/. 1,300. Sus hermanas la rechazaban por la prostitución, no la dejaban ni bañarse en su casa. Por último quedó bañándose en casas condenadas.



Su rendimiento académico en la escuela era bajo. Tiene baja autoestima pues comenta que no se considera inteligente pero rinde cuando tiene que hacerlo.

El ambiente familiar en el hogar era muy tenso. Su madre que tenía problemas con el esposo, siempre descargaba su frustración con sus hijos y nunca fue afectiva; contrario a su padre que si lo fue y nunca la maltrato ni física ni verbalmente.

Admira de su madre que nunca se volvió a casar y ayudó a sus hijos a salir adelante. Con relación a su vida sexual, comenzó con el padre de su primer hijo. Años después se vio en la necesidad de prostituirse cuando contaba con 20 años de edad; sufrió un aborto provocado.

Hoy en día, se siente muy sola, no le preocupa su vida sexual. Cuenta que mantiene una relación íntima con una mujer; aclara que nunca había sido lesbiana, la reconocían como drogadicta y prostituta, solamente. Con ella engañó a su esposo; y comenta que se decía a sí misma que cuando llegara el esposo dejaba a su compañera. Siente que tiene problemas de identidad sexual. No le gustaría terminar sus días con una mujer. Tuvo problemas con su hijo por revelar su inclinación, y también por su adicción activa porque sus amigos se burlaban de él, se siente humillado ahora que ella está en el programa por su lesbianismo. Estuvo en muchos centros de tratamiento de rehabilitación pero siempre recaía en la droga, hasta que llegó a Narcóticos Anónimos.

Ha tenido intentos suicidas con pastillas por desilusiones amorosas y durante la etapa escolar que lo atribuye al uso de drogas.

Ahora mismo tiene problemas económicos porque su esposo no le envía dinero ya que se enteró que vive con una mujer. Es su compañera de vida ahora la que la ayuda con los gastos de su casa.

Estuvo presa en la ciudad X por tratar de llegar hasta donde él. El la está reclamando legalmente, pero ya tiene dos años de casada con él y no entiende porque no salen los papeles. Esporádicamente la ayuda. Ahora quiere estudiar y trabajar.

Los trabajos que ha tenido son de secretaria y de vendedora en almacenes.

En su niñez era muy acomplexada y sufría de ansiedad que la deshogaba a través de los alimentos. Fue epiléptica desde que tenía a los dos años y la adicción también se la provocaba. Durante su adicción era un poco violenta porque tenía que defenderse en la calle.

Comenta que a parte de tener preocupaciones económicas, le han diagnosticado un posible cáncer de útero. Lo que más le preocupa es su hijo. Éste hace poco abusó sexualmente de una sobrina, buscó ayuda psicológica y a Dios, le preocupa que lo encarcelen por esto. Siente que le ha hecho mucho daño a su hijo.

Lo que más siente es ansiedad y depresión. También siente soledad que ha sido desde siempre, quisiera dejar a su pareja pero le da miedo estar sola.

Comenta que no es honesta con ella misma, porque se pone “su máscara de fuerte”, pero por dentro lo que pide es amor. No quiere que abusen más de ella.

Piensa que la terapia es un método donde cada uno manifiesta su estado emocional., quiere trabajar su autoestima, aceptación, su soledad, depresión, ansiedad. Tiene metas, desea estudiar, pero no tiene los recursos y cuando los tenía no los aprovechó, comenta. Se siente estancada porque tiene que depender de su esposo.

Desea también que en la terapia a realizase pueda trabajar las relaciones afectivas, son arma de doble filo, dice, estuvo al borde de recaer, cuando tenía cuatro años en el programa. Desea algo más que el programa de N.A., por ejemplo metas para superación personal.

Siempre sufre de recaídas emocionales, miedo al rechazo, le cuesta identificar sus sentimientos. Se siente insegura. Problemas de sobrepeso.

### **CASO 9: A**

Tiene 37 años. Son ocho hermanos. Ella es la menor de cuatro hermanas de madre y padre. Por parte de su madre tiene dos hermanos y otros dos por parte del padre.

La dinámica familiar comenta era de mucha violencia por parte del padre con sus hermanos y hasta golpeaba a su madre a quién considera una mujer ignorante y económicamente muy pobre. Su padre es alcohólico y actualmente están separados.

Resiente de su madre que era muy distante y no vivió con ella, sino que en diferentes lugares, donde sufrió de muchos maltratos tanto físicos como emocionales. No se sintió atendida ni amada. Siempre la comparaban con sus hermanos y hermanas. La madre la golpeaba y la descalificaba. Su padre, sin embargo, la atendía un poco más.

Comenta que se vio en la necesidad de prostituirse porque quedó embarazada cuando estaba en cuarto año escolar y la madre le dijo que no la apoyaría y le pidió que se fuera del hogar.

Justifica la prostitución comentando que lo tuvo que hacer para poder mantener a su hija. Ese embarazo, dice no fue deseado ya que solo tenía 16 años.

Durante su época escolar se consideraba buena alumna.

Su madre era muy depresiva, distante y resiente mucho que metía muchos hombres a la casa y la usaba a ella para que esos hombres le dieran dinero. Hasta uno de ellos trató de abusarla sexualmente.

Durante su infancia comenta que su desarrollo psicomotor fue normal. Su infancia reporta que fue infeliz, jugaba, pero tenía el complejo de no tener padres. Era traviesa en la escuela.

Durante la adolescencia fue extrovertida, sentía depresiones y ansiedades. No se masturbaba. Su primera relación sexual fue 16 años, motivada por el hecho de que se imaginaba que de esta manera desarrollaría una mejor figura corporal.

En la vida adulta ha tenido varios trabajos, pero han sido inestables debido a que sus relaciones de pareja han sido siempre disfuncionales y caóticas.

Inició su adicción cuando contaba con 23 años de edad y ha estado en varios tratamientos de rehabilitación. En los grupos de auto ayuda ha tenido varias recaídas. Allí conoció a un muchacho y mantuvo una relación con él; siente que fue una relación muy codependiente porque asumió el rol de salvadora; tuvo una recaída en ese tiempo y dejó la relación. Vuelve a los grupos y conoce a otro muchacho; quién es hoy su compañero de vida desde hace ocho años y con quien tiene dos hijas una de cinco y otra de dos años. y desarrolló una codependencia de salvadora con él. Siente que ya no lo quiere, pero le da miedo estar sola. En el grupo de NA hay un joven que le atrae mucho; su relación actual está en crisis y esto la tiene muy preocupada. No se ha tenido relaciones con este joven ya que ha averiguado que es muy mujeriego y que se acuesta con varias mujeres del grupo.

Ha tenido intentos suicidas utilizando pastillas. En la terapia le gustaría resolver el dolor de su niñez, la depresión y ansiedad, se siente estancada y lo más importante es que desea que se trate el tema de las relaciones de pareja y autoestima. Quiere trabajar su ansiedad y agresividad porque maltrata mucho a sus hijas y se siente muy mal por esto.

## **2. SESIONES GRUPALES**

*Se han omitido los nombres, ciudades y palabras obscenas. Los nombres han sido puestos como letras mayúsculas.*

(2 sesiones de charla, la primera para explicar proyecto la segunda para llenar encuesta y explicar encuadre o contrato terapéutico)

### **Sesión 1**

1. Se explicó el encuadre y se habló sobre las diferencias entre la dinámica grupal de Narcóticos Anónimos y la terapia grupal que iba a comenzar. Se solicitó los nombres de cada una y cómo deseaban ser nombradas. Se les solicitó no hablar entre ellas; todo debe ser tratado grupalmente. Brevemente se dio a conocer la dinámica que se efectuará a lo largo de las sesiones.
2. Aplicación de pruebas de Beck e IDARE
3. Se explicó brevemente lo que es la enfermedad de la adicción, tomando en cuenta que un 80% de la misma radica en las emociones. El otro 20% de la adicción se podría decir que es fisiológica y la misma es tratada en sus grupos de NA. De esta manera el foco del trabajo grupal estará destinado a detectar e identificar los síntomas psicológicos que a lo largo de las entrevistas individuales se han detectado de manera general; y darle atención a aquéllas más pronunciadas que igualmente fueron verbalizadas durante la entrevista individual.
4. Se explicó de forma general cómo funciona la depresión y la ansiedad en el adicto.
5. Después de esto, se les pidió que se presentaran: con su nombre y cómo desean ser llamadas en el grupo, sus objetivos de la terapia, cómo se sentían y sus impresiones hacia la terapeuta.

Cada una se presentó, y entre los comentarios más sobresalientes, encontramos lo siguiente:

- La mayoría no confían entre ellas mismas, todas se sienten muy bien con la terapeuta y le tienen confianza y demostraron fe en que esto les va a servir, mostraron mucho entusiasmo.
- El miedo a hablar en el grupo: **Terapeuta:** o sea miedo al rechazo, miedo a ser evaluadas, criticadas, etc.
- Desean como meta terapéutica, conocerse a sí mismas, liberar miedos, ansiedad y depresión, control de los impulsos. Otra manifestó que le tiene miedo a la terapeuta debido a que ella tiene una profesión que es parecida; entonces no va a poder manipular, y que también desea aprender de la terapeuta para ayudar a otros, ya que no tiene experiencia. Consenso en trabajar autoestima, está muy deteriorada; una comentó que desea orden en todas las áreas de su vida, como madre, profesional, mejor madrina en los grupos, no quiere seguir tratando de cambiar a los demás como por ejemplo, su familia; no se conoce, tiene problemas emocionales, temor al rechazo y a exponerse, inseguridad, aprender a identificar emociones. Sienten dolor, rabia y les molesta tener tanto tiempo recuperándose y no sentir mejoría emocional. Miedo a la recaída. Todas se sentían bien en el día de la terapia, exceptuando a C, la última en compartir; comentó

que se sentía muy mal, siempre reprime lo que siente y no lo habla por ego, tiene baja autoestima, miedos, conflictos y muchas ganas de consumir, lloró mucho y cerré la sesión comentando que C fue la portadora de la tristeza grupal y se le agradecía por eso.

## Sesión 2

Se repartieron etiquetas con el nombre de cada cual para colocárselas encima.

Aplicación del Test de Frases Incompletas de Sacks.

Una llegó tarde, y quedamos en aplicarlo a ella en otro momento.

Se abrió la sesión haciendo un resumen de la anterior y diciendo que es bueno que hayan expresado sus malestares en el grupo (Ej. desconfianza entre ellas), también se comentó que las pruebas pueden remover emociones; por lo tanto se les invitó a que manifestaran cómo se sintieron en las pruebas, tema libre o cómo se sentían en ese momento. Hablé un poco de una de las metas terapéuticas: una de ellas es lograr un el autoconocimiento para prevenir recaídas tanto emocionales como hacia la droga. Se debe conocer la sintomatología de adicción en cada una y sus manifestaciones a nivel personal.

- T: Comienza la sesión manifestando el conflicto con su madre; expresa que se siente culpable porque según ella la madre es muy cariñosa, le molesta porque a ella siempre la trató bien, sin embargo la relación la siente superficial. Su madre le pidió que abandonara el hogar. Esta situación fue según T propiciada por el hecho de que el amante de su madre (que está casado) tiene mucho poder sobre ésta. T expresa que lo odia, siente que “mi *pad*” (lapsus,) este señor la tiene como una especie de brujería; en el fondo expresa que no piensa que es así; sin embargo es tan fuerte el poder que ejerce sobre su madre que ha llegado hasta creer esto. Siente que su madre lo coloca a él en primer lugar y que no le importa con sus hijos.
- Tiene miedo a hablar. Comenta que cuando niña no era así; pero después de la adolescencia comenzó a sentir pánico. Terapeuta: ¿Recuerdas algún evento en especial? T: son muchos, dice, y siempre en la escuela, se atrevía sólo motivada por obtener buena calificación, pero sentía que moría por dentro.
- Le gustaría tener una relación más profunda con su madre. En este momento ni siguiera conoce donde vive, que ella supiera que participa en los grupos de autoayuda y en esta terapia. Siente que ni le importa.
- No entiende por qué la resiente.

Interviene I: Lo primero que comenta pausadamente es que le molesta que J se salga tanto a contestar celular. J se violenta y se pone a la defensiva; otra persona hizo también comentarios sobre esta molestia.. I cortó las intervenciones y preguntó a T: ¿Dónde está tu papá?; y responde: No sé quién es porque mi mamá ha mantenido esto como un tabú, no quiere hablar del tema y me gustaría mucho saber quién es. Ella se casó; y tuve un padrastro que creía era su papá; fue hasta los 12 años que me dijeron que no lo era.

Terapeuta: ¿Cuál es la emoción a identificar en T?

Respuesta grupal: Resentimiento con la madre por esconder la identidad del padre.

Habló E y dijo: Hace un tiempo, mi hija tenía 15 años: siempre deseó saber quién era su padre; sucedió que un día estando en el Supermercado se lo encontró y en secreto le dijo al padre de su hija que ésa era su hija y aparte a ella le dijo: Ése es tu papá. Siente que conocerlo no le ha servido. Esto lo comentó dirigiéndose a T.

- D: Me siento a la inversa que T, ahora escuchándola me siento mal con mi hija porque le he dado importancia a mis relaciones; y tal vez la he descuidado. Pero ahora en recuperación he aprendido a ser mejor madre. Y hablando de la relación con la madre, también siente algo de resentimiento, porque nunca se ocupó de ella como es debido, ni siquiera tiene fotos cuando era niña; pensándolo bien, dice: “Me da ahora rabia por el descuido de mi madre. Tengo mi infancia bloqueada”.
- A se dirigió a T y le comentó: “Me identifico contigo porque mi mamá toda su vida tuvo mil hombres pasando por esa casa, hasta uno trató de abusar de mí. Me sentí siempre celosa porque los prefería a ellos que a sus hijos. He aprendido a perdonarla”; y hoy día se lleva mejor con su madre. Siente todavía mucho resentimiento por esto, pero espera que en esta terapia pueda resolverlo. Siempre sintió que esos hombres le quitaban el amor de su madre. Le dio terror decirle a su madre que uno de ellos intentó abusarla cuando contaba con 15 años.
- D piensa que T debe decirle a su madre que está en un programa de recuperación, ya que cuando ella lo hizo sintió un gran alivio y de esta manera también los padres entienden un poco la conducta y el porqué de muchas cosas. Además siente que si se lo dice la va hacer sentir mal por cómo se está portando con ella: echándola de la casa, y por todo en general.
- H opina que debe decirle a su madre; cuando ella lo hizo, con quien tenía problemas era con su papá y aunque sabe que nadie cambia a nadie, pero que su papá cambió 360° cuando le habló de su adicción. T comenta “Mi mamá ni sabe que he usado drogas”.
- C se sigue sintiendo mal, llora, habla de que tiene problemas con su hijo; que él sabe todo lo de ella que fue un hijo no deseado, que tuvo muchas sobredosis, que se empezó a drogar desde los 13 años, que se prostituyó que tiene otro hijo que desde hace 10 años no lo ve porque está con su padre en el exterior, y que no sabe manejar la relación con su hijo. Siente que la manipula, la trata como un esposo y eso la está asfixiando. Cuenta que fue abusada por un hermano cuando tenía 8 años. Y que ahora tiene miedo porque su hijo de 18 años, quién vive con ella, hizo lo mismo con una sobrina y C observó todo esto. Nos dice que la hermana la tiene amenazada para denunciarlo a las autoridades y ella no duerme y sufre todos los días por esto. El día del incidente lo golpeó mucho, y últimamente siente que es muy agresiva con él y se siente culpable, no sabe expresarle amor a su hijo, siente repugnancia por su hijo, por lo que hizo. También está preocupada porque le han detectado un posible cáncer en el útero que tiene que atenderse. Se siente muy mal.

Terapeuta: ¿A quién te recuerda tu hijo? C responde: A mí.

Terapeuta pregunta lo mismo al grupo.

Responden: Le recuerda a su hermano. C estuvo de acuerdo. Continuaron comentando que de esta manera puede identificar esto para manejar mejor el trato con su hijo y hacer conciencia de que lo que ha sucedido o su rabia es porque “despertó” el abuso de que fue víctima C.

Terapeuta hace un breve comentario de que esta terapia es una oportunidad para esclarecer conflictos y por ejemplo como madre: poder romper la cadena de patrones disfuncionales en una familia con sus propios hijos.

- De nuevo alguien comenta la molestia del celular y J se enoja y dice: estoy diciendo que es el aniversario de mis padres y ellos van primero que nada, esto no va a volver a ocurrir, he tratado de pedirle disculpas a Maite pero ustedes me están agrediendo. Dijo: Esto no volverá a ocurrir.

### **Sesión 3**

Todas llegaron puntuales y hasta antes de tiempo.

**Terapeuta:** Se inició la sesión con un resumen de la sesión anterior, indicando que el grupo había ayudado a T a resolver su enigma sobre el resentimiento hacia la madre. Igualmente el grupo ayudó a C a identificar que ve en el hijo, el abuso de su hermano.

Se les recordó que una de las metas terapéuticas importantes es lograr el auto conocimiento para resolver los conflictos y hemos visto cómo el grupo ha ayudado en este sentido. Trataremos el tema de las relaciones parentales y cómo éstas afectan las relaciones actuales; cómo se repiten patrones, y cómo se sigue negando las carencias y buscando en el otro la solución de los problemas. Está presente el tema de la confianza y la traición.

Se les hizo un breve comentario sobre “La mente selectiva”: en los adictos por ejemplo, su mente percibe en la mayoría de las veces lo negativo, dejando a un lado los progresos y logros.

**Terapeuta:** A, comentaste que no veías la hora de llegar a la sesión, ¿Hay alguna razón que nos quieras compartir?

A: Bueno sí, es que estoy trabajando el tema de las relaciones, y mi esposo volvió a la casa; quiero darle una oportunidad y trabajar mis enganches. El problema es que siempre me he engañado a mi misma; deseo superarme, terminar mis estudios y conseguir un trabajo. El problema que percibe de su pareja es que él no tiene deseos de superación.

**Terapeuta:** ¿No será que la que desea superarse eres tú como dijiste, y estás poniendo la responsabilidad en tu esposo?

A: Sí, definitivamente.

**Terapeuta:** ¿Qué te detiene a buscar la superación?

A: Mi miedo

**Grupo** En los grupos se identifica este miedo y se espera que Dios algún día lo elimine. Así no es, el miedo nunca se irá a menos que uno poco a poco lo enfrente. Las situaciones se enfrentan con el miedo adentro, no sin él. Se le recomienda a A ir poco a poco llenando solicitudes de trabajo y de esta manera enfrentar su miedo.

A: Bueno ya comencé; por eso estoy contenta hoy. También estoy trabajando los enganches en el grupo de Narcóticos Anónimos. Ahí hay muchos bochinchos; y se siente muy motivada para cambiar ese patrón.

**Terapeuta:** Pregunto al grupo y me dirijo a P: ¿Qué sucede que no hemos escuchado a P hasta ahora?

P: ¿Qué quieren que diga?

Silencio

P: Yo no lloro, soy dura para eso, pero estoy muy mal, estoy pensando en consumir e irme de los grupos de NA, no tiene sentido que me sienta tan mal. Quiere encontrarse a sí misma. Comenta que no valora nada de lo que ha hecho, siente un vacío muy profundo. Ha tenido pensamientos recurrentes sobre el suicidio. Comenta: Estoy furiosa con mi mamá, la odio

porque nunca me atendió, no le importaba con su familia, sólo con el dinero. Le tenía celos a ella por su relación con el padre. Cuenta que su madre es muy mandona

**Terapeuta:** ¿Quieres a tu papá?

**P:** Lo quiero y lo odio. Le tengo lástima ahora porque tiene Alzheimer y Parkinson, y no se puede valer por él mismo, a la única que llama es a mí. El ha puesto todo a nombre mío, la empresa, los dineros, etc. Entre ellos no había confianza, mi papá era un mujeriego y tenía muchas mujeres.

Llora.

**Terapeuta:** ¿No cree el grupo que por lo que comenta **P** es una persona muy confiable?

**Grupo:** Sí, ella es muy inteligente, es (\$%\$%) y todo, maneja todas las empresas del papá, por supuesto que es una persona muy confiable, para que su papá le deje manejar todo.

**P** Se sonríe.

**H:** Comenta que su abuela también tiene esa enfermedad y le da mucho dolor verla así, ella recomienda una enfermera para el padre de **P**.

**P** responde: Mi mamá me mata si hago eso, ella es muy dura con el dinero.

**Otras opinaron** que ella tenía acceso al dinero y que era mejor que a su papá lo ayudaran a que su mamá se molestara. Se recomendó un hombre en lugar de mujer. Dice **P:** También tengo ahora problemas económicos, porque (ella vive en Panamá, sus padres en otra provincia) el apartamento no lo puedo pagar sola, o sea las utilidades, y no quiere pedirle ni un centavo a su mamá; dice que primero, muerta. Que ese es otro problema que tiene. **El grupo** le recomendó rentar un cuarto en ese apartamento. **P** comentó que ya tenía una muchacha y que empieza a principios de la otra semana.

**C** interviene y pregunta a **P:** ¿Por qué te quieres ir de los grupos?

Silencio

**P:** Mejor no digo nada.

Silencio

**P:** He pensado que tengo 9 meses en el programa, voy a esperar cumplir el año e irme a consumir. También he pensado en el suicidio

**A:** ¿No crees que con recaer te estás vengando así de tu mamá?

**P:** No sé, no había pensado en eso.

**H** se dirige a **P:** Yo he intentado suicidarme, y pienso en eso desde mis 11 años y yo soy católica y siempre me ha detenido pensar en que si lo hago me voy al infierno. Tal vez eso te pueda ayudar, porque el suicidio es algo antinatural.

**Grupo:** Es cierto y todos tenemos una misión que cumplir; aunque el suicidio es una opción, por supuesto que no es la mejor; y si **P** está aquí es porque está buscando otra opción.

**Terapeuta:** **P** comenta que su padre era un mujeriego y su mamá una mandona. ¿En que creen que se relacionan estas dos descripciones?

Silencio

**P:** Tengo las dos, pero soy el vivo retrato de mi papá.

**C:** Bueno, tengo que confesar algo al grupo. Yo no fui honesta en la entrevista individual con Maité, porque no le dije que yo tenía un grave problema con la ira. Se dirige a **J** muy agresiva y le dice: Cuida tu lengua porque eres una bochinchosa y estás creando muchos problemas en el grupo de NA, conmigo no te metas porque te voy a partir la cara. **J** intenta explicarse negándolo todo. **C** se levanta, intenta tomar un objeto y trata de agredirla.

**Terapeuta** colocó la mano en el centro, advirtiéndolo con este gesto que se detengan y así lo hizo **C**; pero desde su silla discutieron ambas, hasta llegar a insultos y agresiones verbales.

D: Yo no quería entrar en esto pero también he sabido que has hablado a mis espaldas. J niega y sólo dice que comentó que ella (D) se demoraba pagando cheques. C interrumpe y sigue agrediendo verbalmente a J, quien igualmente la amenaza con enviarle un Abogado, y le dice además a C: Yo sé que tu eres lesbiana y que te llevas a las muchachitas del grupo a discotecas gay y yo nunca he dicho nada y te he confiado a mi hija para que la ayudes con la adicción.

C se enojó más y comenta: Soy bisexual y jamás me he metido con una compañera, yo las respeto y a tu hija ten por seguro que la estoy ayudando y jamás le pondría un dedo encima, aquí muchas me conocen; muchas asienten con la cabeza. C acusa nuevamente a J y le dice que por qué no le dijo a su madrina A que la quería cambiar porque no la atiende.

A molesta arremete verbalmente a J cuestionándola; que por qué no se lo dijo en su cara; J responde que se lo iba a decir ahora, pero no la han dejado hablar con tanto bochinche; que ella está resentida porque no la atiende cuando la necesita y que ella pensó en consultar con “X” y pedirle que fuera su madrina.

A: Me lo has debido decir, si en algún momento no puedo atenderte es porque estoy ayudando a otra persona y no puedo partirme en dos. A se levanta y dice no aguanto más, me voy afuera a fumar; otras se querían parar.

**Terapeuta:** Hago un gesto de alto con la mano (pidiendo tiempo) e impidiendo que salieran. Bueno ya se desahogaron; aquí se observa que el grupo a través de esta discusión está demostrando una gran desconfianza.

C llora y pide disculpas a la terapeuta y dice: Yo mañana tal vez hasta abrace a J, pero esto era algo que me lo tenía que sacar.

**Terapeuta:** Me dirijo a E, ¿Te pasa algo? ¿Quieres compartimos qué te pasa?

E: Bueno, me identifico mucho con P, porque emocionalmente yo estoy muy mal y también he pensado en el suicidio. Esto de los bochinches me molesta y yo también he tenido problemas por ejemplo con A, pero ahora estando aquí no tengo nada contra ella; llora. A se levanta y se dan un largo abrazo, y E llora mucho.

Continúa E: Me tengo asco a mi misma; tengo un serio problema con mi esposo porque yo le tengo asco al sexo por todos los hombres con quienes me acosté, y cuando tengo por obligación que tener relaciones, siento tanto asco que tengo que pensar que soy otra persona. Entonces, me da miedo que mi esposo me abandone porque esto se ha convertido en un problema, él es adicto en recuperación pero ya no me aguanta. Entonces yo estoy tan mal que hasta maltrato a mis hijas y a mi esposo.

**Terapeuta:** Diga algo cada una, una palabra dirigiéndose a E a cerca su apariencia física. Lo que más le llama la atención.

**Grupo:** Sus ojos, siempre está muy bien arreglada; su boca muy sensual, su trasero, su cuerpo entero, su piel, sus senos, etc.

A intervino y dijo: Tal vez ella se siente sucia es por dentro.

H: ¿Qué religión practicas? E: Evangélica. H continúa diciendo: Yo he escuchado que los evangélicos son muy estrictos y te hacen sentir culpable de todo. E dice: Si, pero yo no voy a seguir esas reglas.

H: E ¿Tú fuiste abusada? E, responde que sí, cuando tenía 9 años.

**Terapeuta:** ¿No crees que ésta pueda ser una razón de que te sientas así?

E: Creo que sí.

Y: Me he enganchado con la pelea y me ha recordado mucho las peleas de mis padres, estoy revuelta y también me dieron ganas de salir huyendo cuando empezó la pelea.



A: Pensándolo bien, ahora veo a C y me recuerda a mi mamá, ella era muy agresiva.  
C vuelve a pedir disculpas y a explicar que ella también era como J, bochinchosa, pero ahora ya no. Sonó el timbre y tuve que detener ahí la reunión.

#### **Sesión 4**

**Terapeuta:** se dio inicio a la reunión recordándoles a todas uno de los acuerdos terapéuticos: de no agresión, debido a la sesión pasada; expliqué que se puede expresar la emoción, pero no actuarla. Continué dando a conocer que las sesiones remueven emociones; se recomienda observar las reacciones internas ya que esto no es más que activar el pasado no resuelto. Y esto es quitarle poder a lo de afuera. Por ejemplo: El alcoholismo no está en la botella, está en la mente del adicto.

D: La reacción que tuvo después de la pasada sesión es que se le activó la compulsión por la comida. La situación le afectó mucho porque ella es controladora y cuando vio a C que tomó una bolita de la mesa y la empezó a mover, tuvo que hacer un gran esfuerzo por no quitarle el objeto. No se identifica con la ira de C: se considera malcriada, se molesta pero lo expresa llorando. Por otro lado en la sesión pasada alguien le pidió su celular y se sintió abusada porque la persona se demoró usándolo, le molesta el abuso de confianza y la gente que la abusa.

**Terapeuta:** ¿Porqué las personas de dejan abusar?

#### **Grupo:**

- Porque no saben poner límites
- Por culpa
- Porque se sienten abusadas
- Porque al no poner límites, se explota y así la gente abusa de la confianza
- Por buscar aprobación de los demás
- Por complacer
- Por buscar aceptación
- Por miedo

**Terapeuta:** ¿Dónde queda la autoestima?

T: Siente algo raro y no lo entiende. Cree que fue abusada sexualmente. Pidió explicación al grupo, sobre las reacciones inconscientes de un posible abuso.

Silencio

I: La sesión pasada se sintió abusada por los gritos, piensa que es una falta de respeto a su espacio en ese lugar, además se sintió muy mal porque le recordó cuando su mamá le gritaba. Sintió rabia hacia la terapeuta porque piensa que no supo manejar o controlar la situación, permitiendo que se expresaran así. Pensó hasta en no asistir más a las sesiones. Le parece que es un abuso a la confianza que cuando alguien comparte haya interrupciones y no se respete al que habla.

B se siente muy mal porque está inestable, por momentos está feliz y otros decaída. Dice que es egocéntrica y hasta le han dicho que tiene complejo de inferioridad.

**Terapeuta:** ¿Qué pasa si lo tuvieras?

Silencio

B: No sé, la gente así es prepotente y yo no quisiera ser así, como ver a los demás inferiores. Comenta que también tiene problemas en su casa porque llega muy tarde todos los días. Está muy obsesiva y no puede parar, como cuando consumía, que la mente no la dejaba en paz. Por

ejemplo le regalaron una guitarra y después se obsesionaba por otra y solo pensaba en eso. Lo que siente es ganas de suicidarse porque siente que ha perdido todo lo que tenía

**Terapeuta:** ¿Qué tenías?

**B:** Digo, afectivamente.

**Terapeuta:** Eso debe doler mucho.

**A** se siente muy cansada, deprimida, tiene ganas de llorar, pero dice que no lo va hacer, ha tenido días muy difíciles. Pero pasó algo bueno: conseguí trabajo. Todas aplauden. Su esposo se fue nuevamente de la casa; lo pensamos y es lo mejor, ya que entre ellos ya no existe amor, ni siquiera como amigos (contó muchas experiencias en este sentido). No puede tener sexo con él y esto molesta a ambos. Cree que su esposo le guarda muchos resentimientos. Nos dice, que le tiene terror a la soledad, ella nunca se ha quedado sola, cuando tenía novios, los reemplazaba inmediatamente. En las noches se siente como “loca” porque tiene pensamientos demoníacos y eso la aterroriza, eso le recuerda cuando consumía que oía y veía demonios. Lloro y dice, me siento sola...Siente que también le hace falta fe porque no ha podido superar sus miedos.

**Terapeuta:** Recuerda que hoy conseguiste un trabajo, para lo cual tenías mucho miedo.

**D:** Hablando del abuso, tengo que decir que aunque sea una tontería me sentí abusada porque **P** me quitó mi puesto. Donde está ahora se encuentra cómoda, pero está molesta con ella misma, porque no ha sido capaz de pedir su puesto. Y eso me pasa siempre, dice, por ejemplo cedí el cuarto a mi hermano, estoy muy incómoda y soy incapaz de pedírselo. Se siente resentida con su mamá, porque no la cuidó y ella siempre deseó sentirla como amiga, nunca le dio educación sexual, y por otro lado su papá todo se lo criticaba y la comparaba negativamente con su hermana.

Lloro

**P** pidió disculpas, y dijo que eso era una tontería ponerse así, pero que ella es muy atrevida y siempre reacciona así, sin importarle los demás, cedió el puesto; y **D** reida comentó: no es el puesto, es la conexión que tuve; estoy brava conmigo misma por permitir los abusos pero tu **P** no tienes culpa.

**P:** ¿Esos miedos son normales? Porque yo también los he tenido, así mismo diabólicos.

**Terapeuta:** Hay que ver cada caso. Sin embargo, la gran mayoría de los miedos son irracionales, producto de traumas en la infancia y se pueden superar.

**H** le dio mucho miedo la sesión pasada cuando sucedió lo de la discusión. Se acordó de su papá que es violento, lo que no entiende es por qué se sintió así si el papá ya no reacciona de esa manera. Ella estudió (%\$%\$%) para arreglar a su familia. Siente que es el rol de madre lo tiene con su mamá desde que tenía 15 años, quién le contaba todo lo que el papá le hacía. Eso le molesta ahora y antes, ya que no tenía porque haber escuchado esas cosas. Tiene un conflicto con su mamá, es transgresora y se siente invadida en su espacio, hasta se siente muchas veces que está en medio de su perro y ella.

Siente culpa hacia sus padres por todo el daño que con su adicción les provocó, por eso soporta todo. No se ha perdonado. El papá siempre fue violento con ella y su mamá nunca la defendió, y dice: Me identifico con **D**, mi mamá nunca me dio una educación sexual y eso me molesta mucho. Se sintió siempre entre medio de los dos. Hoy en día es la que arregla todos los problemas de la casa.

**Terapeuta:** ¿Qué piensa el grupo sobre la independencia, en el caso de **H**?

**H:** No tengo solvencia económica y se que perdería el control (sobre su familia). Le da miedo.

**D:** ¿Ustedes saben una cosa? A mí siempre me ha dado miedo ser pobre, de esa manera pierdo el control.

**Terapeuta:** ¿No será que en lugar de tener miedo a la pobreza, le tienes miedo a la falta de afecto?

**D:** Pensándolo bien si.

**Terapeuta** Faltando pocos minutos (5), se le solicita a **J** que nos comente cómo se siente y dice: La verdad que si lo digo, me tendría que quedar aquí todo el día.

Silencio

Continúa: He sido atacada en varios lugares. Se siente muy mal por todo esto. En su casa desde niña siempre fue así, le echaban la culpa de todo lo que pasaba. Su hija que está también en los grupos de NA, se enteró del escándalo que se ha formado y todos los problemas y las acusaciones y está muy molesta. Comenta que sin la ayuda de Dios nunca hubiera podido soportar todo.

**Terapeuta** sonó la alarma y pregunto al grupo si están de acuerdo en que **J** comience a compartir la próxima sesión.

Todas estuvieron de acuerdo.

**Terapeuta:** ¿Alguien sabe de **C** y **E**?

**T:** **C** estuvo con sangrado y con cólicos, dice que producto de la ira con **J**; y que se siente muy apenada por todo lo que pasó. Con relación a **E** al día siguiente de la sesión se desmayó y fue hospitalizada por un ataque de pánico. La inyectaron y se fue a su casa. Traté de llamarlas a las dos y sólo hablé con **C**, quiere continuar con las sesiones.

## **Sesión 5 y 6**

**Tarea Escrita:** Metas a corto mediano y largo plazo, pendientes cotidianos. Físicos, intelectual profesional, emocional, social, espiritual. Logros y cualidades personales. Para trabajar un día en taller.

*Estas dos sesiones se utilizaron para enseñar la técnica de respiración impartida por una instructora de la fundación El Arte de Vivir.*

## **Sesión 7**

**Terapeuta:** En la última sesión que **J** asistió, comentó que se sentía atacada, hoy no está aquí y me gustaría saber cómo se sienten que afecta esto al grupo y también ¿cómo se sentirían si alguna fuera atacada en el grupo?

**C** comentó que ella quisiera que **J** participara en el grupo, **E** comenta que le da igual y todas las demás dicen que prefieren que no regrese porque no se sienten bien con ella, que hasta en los grupos de NA se ha comentado las cosas que se hablan allí. Desean que esta terapia les ayude pero si está **J** va a ser difícil que se abran porque ella es muy bochinchosa, así es que se sienten bien porque van a poder abrirse.

**Terapeuta:** ¿No creen ustedes que la persona de la que hablamos, en realidad no es la que causa la desconfianza, sino que funciona como un espejo que refleja la desconfianza grupal?

**T:** Yo no voy a hablar del tema de **J**, sino de lo que me está molestando. En una de las sesiones que se trató el tema de las relaciones, salí completamente destruida. Creí haber superado mi última relación con una mujer y ese día mi di cuanta que no. Hoy se entera que esta persona está consumiendo drogas y ella revivió todo, su co-dependencia, su lástima por la

persona, sus ganas de salvarla y su miedo a que le pase algo. Le han dado ganas de llamarla, de buscarla, etc. Ahora tiene otra relación y siente terror en seguir adelante. Le tiene mucho miedo a la soledad y siempre tiene a alguien. Lee una carta que escribió el día que salió de la sesión. Lloro desconsoladamente, contando todo lo que sufrió con esta persona que ha tratado de ayudar por dos años que estuvo en la relación y cómo la destruyó internamente, siempre con su deseo de salvarla, dice que esta persona en el fondo es muy buena e inspira mucha lástima.

**Terapeuta:** ¿Qué cree el grupo que está pasando aquí?

**H:** La compasión se ha transformado en querer salvar y cambiar a la persona, cosa que es imposible y por eso se frustra tanto. El ser salvador es una forma también de codependencia.

**P:** La persona de la que habla **T** es la que ahora está conmigo y también me está destruyendo porque no la puedo ayudar y siento culpa por eso. En la terapia me llama a cada rato y yo me tengo que salir a estar con ella. Me he dado cuenta que tengo que pensar en mí primero. Escribí una carta de despedida pero no he podido enviarla por temor y lástima. Comenta que lo va hacer pronto, pero vía correo electrónico.

**D:** Se identifica porque una vez mantuvo una relación con un adicto activo y es frustrante no poder ayudar y eso la llevó a una recaída. Ahora tiene un novio que está en los grupos también, y siente que esta terapia la ha ayudado porque ahora no se deja manipular tanto, por ejemplo el otro día se disgustaron y ella pudo decirle todo lo que sentía incluso su molestia y se sintió bien por esto.

**Terapeuta:** Se hicieron algunos señalamientos sobre la codependencia y pregunté al grupo: ¿Qué es la culpa?

Silencio largo.

**Terapeuta:** La culpa es un sentimiento que no nos deja crecer. Es una forma de negación, en otras palabras, si no existe auto aceptación, la culpa podrá presentarse, es decir SI, cuando se quiere decir NO.

**B:** Yo me identifico con la culpa. Cuenta que tenía una amiga a quién traicionó. **B** una persona muy agresiva con los demás pero con esta amiga era muy dulce y amable. No especificó si tenían una relación íntima. La relación duró un año y fue ella que le hizo una “mala jugada” y la persona la perdonó y como estaba en actividad (drogas) volvió a hacer lo mismo. No se perdonó esto, le duele mucho, pasa todos los días por su casa. La amiga la dejó y no le habla. Esto la mata por dentro, comenta. Pregunto si está enamorada de ella y me contesta que no, que la quiere como una amiga y que antes era así, que tal vez ese fue el problema, no sabe si estaba enamorada. No entiende por qué le hacía daño si la quería tanto. Ahora, ni duerme por la culpa, sólo quisiera que la perdonara y volver a la amistad. Comenta que se siente a veces tan culpable por tantas cosas, que se deprime y se hace daño físico y eso la obsesiona, quiere como castigarse. Ahora me siento más ansiosa.

**Terapeuta:** ¿No será tu ansiedad producto de haber abierto este tema en el grupo? Responde que sí. En días pasados, era tanto las obsesiones de todo tipo que hasta empezó a escuchar voces; para esto toma medicamentos que le receta su psiquiatra y él le dijo que lo de las voces es normal en su caso. Se siente a veces que se va a volver loca.

**Terapeuta:** ¿Cuánto tiempo tienes en el programa?

**B:** 4 meses.

**Terapeuta:** El paso 8 del programa de NA habla del perdón. Procura tener paciencia contigo misma hasta llegar el día que puedas enfrentar esto y resolverlo. Quizás todavía no estás lista.

**H:** Yo quiero decirle algo a las tres. El programa de NA es mejor practicarlo sin una pareja; por lo menos eso le da la oportunidad de hacer cosas para ella misma que antes no hacía y la entretienen. Se dirige a **T:** por Ej. Tú escribiste esa carta y quiero decirte que escribes muy bien y eso lo hiciste en un momento en que estabas sola. Hay que tratar de invertir el miedo a la soledad en hacer cosas para uno y que no se hacían antes por el consumo de drogas.

**I** se identificó con **P** y **T**. Antes de su última recaída, convivía con un adicto en actividad, sufrió mucho porque nunca pudo ayudarlo, también escuchándolas le recordó a su hermano que murió de leucemia y a quien cuidó durante toda su enfermedad y sintió la frustración de no poder hacer nada por él.

Llora mucho. Silencio

Se identifica con el rol de salvadora y ahora se siente paralizada porque no desea arriesgar lo que ha logrado hasta ahora. Le aterra recordar el dolor que sintió cuando intentaba ayudar a su compañero. También dice que mejoró con la práctica de la respiración para la relajación que aprendió en la sesiones; también le recordó el último suspiro de su hermano y lo importante que es la vida. En este momento se siente que tiene PAVOR a las relaciones, ahora mismo cumple un año de abstinencia; hace un año también intentó suicidarse y también hace un año y medio que no ve a sus hijas.

**C** se identifica con lo de las relaciones, ella ama a su esposo pero el no está con ella desde hace dos años, tiene un hijo que no ve desde hace 10 años, y está en E.U. Comenta: Ahora con esta lista de metas, voy a poner en como una de mis metas: aprender inglés; porque mi hijo eso es lo que habla y terminar mi escuela. Estuvo presa en México cuando intentó ver a su hijo. Comenta al grupo que ella es bisexual, porque en esta soledad ahora está con una mujer, es la única relación que ha tenido y es porque se siente muy sola, no tiene dinero ni trabajo y su esposo no le consigue la residencia en E.U. Tiene problemas con demostrarle a su hijo afecto y no sabe relacionarse con él. A veces se pregunta qué es lo que quiere de una relación si es sexo o compañía? A veces se siente masoquista porque a ella le gusta estar sola, pero se siente que es co-dependiente de su compañera y al mismo tiempo no soporta estar sola.

**E** se siente muy nerviosa, porque todo lo que se ha hablado a ella le pasa también. Ella trata mal a su esposo y él la trata bien. No entiende por qué. Ahora tiene a otro hombre pero es por dinero y se siente sucia y culpable. Le recuerda su pasado. Pide al grupo, casi rogando confidencialidad en esto. Siente que lo puede dejar en cualquier momento. Se siente mala por esto.

**Terapeuta:** No se trata de evaluar las acciones si son buenas o malas, sino en lo que le produce a cada cual; se le recordó a **E** el abuso sexual, el cual no ha sido superado, hay que trabajar también en la autoestima y su conflicto con el esposo, ya que comentó no estar segura de su amor por él. Lo importante es siempre buscar el bienestar.

## **Sesión 8**

**Tarea en casa :** Impulsores psicológicos: 1) Apúrate, 2) No es suficiente, 3) Sé fuerte, 4) Trata más, 5) Sé perfecta, 6) Complace. Con quién, qué lo causa, sin justificar, momentos específicos, cómo se siente en forma de historia, que área considera que le afecta, Ej. Sexual, relaciones, autoestima, etc. para incluir en taller. Se explicó brevemente las indicaciones de cómo hacer esta tarea.

Silencio.

**I:** En la última sesión quedé un poco enganchada por los temas que se tocaron, por ejemplo los abusos sexuales. Recordó o revivió las agresiones físicas de su madre y sus gritos que le resultaban insoportables; está contenta porque ese día pudo llorar, cosa que para ella es casi imposible. Se le ha creado ahora como un miedo por los gritos, siente que algo malo va a suceder. Tiene ganas de hacerse daño físico, autocastigarse.

**Terapeuta:** ¿Qué tipo de daño?

**I:** Generalmente con la comida, o es anorexia o es atracones y vómitos. Me siento deprimida porque ayer se cumplió un año de mi sobriedad y también es el cumpleaños de mis hijas. Me siento fea. **Terapeuta:** ¿Por dentro o por fuera?

**I:** Por fuera.

**Terapeuta:** pide al grupo que con una palabra se dirijan a **I**, para expresar lo que perciben.

**Grupo:** Intelectual, excéntrica, interesante, inteligente, lindos ojos, un poquito sobrepeso pero no tanto, profunda, atractiva.

**I:** La sesión pasada también me recordó mucho la muerte de mi hermano, siento que no lo he podido superar

**Terapeuta:** ¿Podemos hacer un psicodrama?

**I:** No me siento preparada hoy, pero otro día sí. Otra cosa, estoy sufriendo de insomnio y cuando me despierto estoy muy cansada. El psiquiatra le recomendó otro medicamento.

**B:** Buenas noticias, consiguió trabajo, todas aplauden. Segundos después manifiesta que recayó el sábado; se fue con su familia para la provincia de (%\$%%\$), se embriagó; antes de que esto sucediera se sentía muy ansiosa. Se auto mutiló; muestra las heridas en los brazos. Fue con una navaja, eran heridas superficiales. Esto le pasa siempre, comenta, le atrae mucho la automutilación. Este castigo es porque siempre siente que tiene que ser una ganadora. El Dr. le cambió el medicamento.

**Terapeuta:** ¿Con cuánta frecuencia te haces daño y cómo son?

**B:** De 7 días entre 4 y 5 días. Empiezo a sentirme muy feliz y poco a poco me voy deprimiendo y luego me corto. Escucha voces, el Dr. le ha explicado que dentro de su patología esto es normal. Siente que todo está en su cabeza y tiene miedo de volverse loca, piensa demasiado; por ejemplo, le gustaría introducirse en la cabeza de todas en el grupo para saber qué están pensando de ella.

**Terapeuta:** Pedí al grupo que brevemente dijeran a **B** qué tenían en su cabeza en relación a ella.

**Grupo:** Sensible; **P** le dice que es la persona en quién más ha confiado y siente que es una persona muy bondadosa y fiel, atractiva, que todo lo que hace o manifiesta de su egocentrismo es una máscara y que se nota, es muy compasiva porque le gusta mucho ayudar a los demás, **H**, se identificó mucho, con todo lo que le pasa y le dijo que a ella le sucedía y que se dio cuenta que todo es una forma de enmascarar algo y en el fondo ella se siente débil pero siempre ha querido demostrar que es fuerte, **A** comenta que también oye algunas veces voces por su miedo a la oscuridad y que no le pone atención, **I** le dice que la ve como una persona con mucho coraje, más que todo también por hablar sobre las alucinaciones, **C** la percibe muy humana y con mucho coraje.

**B** se siente a la defensiva, porque le tiene miedo a la gente, es introvertida y espera siempre que los demás se le acerquen.

**E** se dirige a **B** y le dice: Yo también he pasado por eso, que siento que me estoy volviendo loca, a mí me dan ataques de pánico y fobias, pero desde que estoy aquí y practico lo de la respiración, no me ha vuelto a dar nada.

**P:** Se siente muy mal hoy, por el tema de su pareja, la tuvo que soltar porque está en actividad (drogas), pero le está costando mucho, por ejemplo hoy siente que recayó emocionalmente y le escribió un correo diciéndole lo mucho que la extrañaba. Contó que vivió un enredo emocional con ella al principio, y después se unió al grupo otro muchacho y tuvo ambas relaciones porque recibía de cada uno de ellos el afecto y la protección que nunca le dieron, y que cada uno le daba algo diferente. Después dejó al muchacho y se quedó con la joven; después ella empieza con él, lo deja y se queda con la muchacha y el joven queda por fuera. Ahora que está sola ha pensado en llamarlo, pero sabe que eso es una locura. Se queda en silencio y dice: En verdad, estoy muy brava y es con **C**, y dijo: Te voy a decir en tu cara todo lo que siento y me he guardado; te crees la gran vaina, la dueña de NA, la que todo lo sabe pero no practica ni (%\$%\$), utilizas a la gente y hasta yo me he sentido utilizada. Eres una hipócrita, todo lo que pasó con **J**, fue por tu culpa, porque eres una “lleva y trae bochinchosa”, a mi me has metido en problemas de bochinchas. Te crees que porque tiene 7 años de abstinencia sabes mucho y porque has tocado fondos más fuertes que yo se cree la gran vaina. Todo lo que le pasa hoy en día te lo has buscado tú sola, porque quieres acaparar todo en NA y sólo tu pasar el mensaje, ...

**D:** Yo me identifico con lo de las relaciones, dirigiéndose a **P**. No sé cómo puedes con dos, yo tengo una y no la puedo manejar. A veces ni yo misma sé qué hacer con mi vida.

**C** agradece a **P** la honestidad y su valor en decir las cosas de frente. Lloro, y dice que le cuesta mucho estar aquí hoy, este año para ella ha sido el más duro de todos, tiene 6 meses de estar sufriendo de insidia y de ganas de suicidarse. Está sufriendo porque siempre está tratando de salvar a los demás en lugar de pensar en ella. Se siente codependiente. Se dirige a **P** y se defiende, no se considera superior a nadie ni tampoco la dueña de NA, hay muchos servicios y la invitó a participar, **P** se niega con la cabeza. Cuenta que en el día de ayer una compañera la llamó del hospital para atender un compañero que lo estaban hospitalizando; ella había quedado con su ahijada **T** en reunirse porque ésta se sentía muy mal. Tuvo un altercado con la compañera en el hospital y fue donde su ahijada, con su compromiso (novia) y le dijo a **T**: Trataste mal a mi novia y eso me dolió. Ella es asmática y sufre del corazón. **T** le contestó: Ustedes llegaron tarde y yo no podía hablar con ella allí. La otra persona que estaba en el hospital le grita a **C** que ayude. Lo siento mucho, pero no comprendo nada, no sé si el grupo está de acuerdo conmigo.

**Grupo:** No entendemos nada.

**Terapeuta:** Como sugerencia, debemos concentrarnos en lo que nos ocurre aquí y ahora con nuestros sentimientos y procurar que todas comprendan lo que se está comunicando.

**C:** Sí tienes razón; se dirige a **T:** Tú sabes que esa compañera está enamorada de ti y por eso te protege y yo no puedo estar en medio de las dos. Cuando quieras hablar mejor hacemos una cita. Debo pensar en mí. Yo me sentí muy mal con todo esta situación. Lloro.

**A** se siente deprimida, le tiene mucho miedo a la soledad, se engancha y obsesiona. Vio a su esposo de quien está separada con otra mujer y le dio muchos celos y lo amenazó de estar con otro. Siente mucho dolor, por la falta de afecto, siempre ha tenido relaciones inadecuadas. No puede estar sola y desea que la abracen. Su esposo comenta: Está muy mal, no sale con sus hijas y ahora le gusta la soltería. Manifiesta que ya no desea una relación falsa, siente que lo que busca es una figura paterna en los hombres, por eso sufre. En su niñez fue maltratada físicamente, le tiene pánico a la soledad. Sabe que no está lista para una relación, pero busca seguridad, no quiere mendigar más el amor.

E se siente mal porque en la sesión pasada ella comentó sobre su relación extramarital y Y después de la sesión, le comentó jocosamente: así es que estás (/%%\$%)? (palabra obscena refiriéndose al acto sexual)?, comenta que le dio mucho miedo y se sintió paranoica todo este tiempo con el esposo.

**Grupo:** La calmaron diciendo que Y es confiable y muy inocente, que no se preocupara.

E compartió también que se identifica con A, porque también busca en las relaciones la figura paterna. Expresa que tiene un conflicto porque su primera hija fue reconocida por otro hombre, ella tiene 15 años y en estos días se encontró con el padre y él le comentó que quiere reconocerla y verla. Le tiene miedo al esposo, por eso no hace nada.

D: Tú puedes hacer un proceso legal, porque no debes quitarle el derecho a tu hija de ver a su padre.

P: Mi profesión es (\$%%\$%\$); así es que te puedo asesorar, después de la sesión hablamos.

## **Sesión 9**

P comenta que se siente mal y que no puede llorar, que cuando estaba en el tratamiento de ACERPA en Costa Rica, la ayudaron mucho porque la confrontaron. Le pide a la terapeuta que haga lo mismo.

**Terapeuta:** ¿Qué quisieras confrontar?

P: Lo de mi papá, que me da lástima, rabia, le pegaba a mi mamá, lo odio y lo quiero. Comenta que su mamá se merecía los golpes porque nunca estaba en la casa. Odia a su papá porque era un mujeriego y dejó a su mamá por otra mujer de una cultura inferior, o sea una chola, comenta. Lo odio también porque me humilló y se fue de la casa. La humillación es porque la madre la obligaba a buscar el dinero donde él, entonces la mujer con quien vivía la atendía y tenía que pedir su dinero de la Universidad (2° año). Atendió más a los hijos de la amante que a ellos, hasta los llevo a Dineylandia, les regalaba los mejores juguetes a ellos, comenta y sigue: En esta vida todo se paga, está enfermo porque la está pagando... Bien hecho.

**Terapeuta:** Te siento triste y con mucha rabia, ¿Qué nombre le podemos poner a ese dolor que sientes?

P: Desgracia, traición, abandono porque se fue de la casa, siente que su papá no la quería, rechazo, ella lo trataba mal. Comenta que ella era la que seguía a su padre cuando iba donde su amante y una vez lo encontró con ella y casi la golpea, la agredió verbalmente. La compañía que tenía el papá quebró por culpa de la amante, comenta. Ahora todo está a nombre de P y en el fondo no quiere levantar la compañía. En esos tiempos le pedía a su mamá que se divorciara. Manifiesta su odio hacia la madre.

Mi abuela me crió, y ella se murió y me siento sola.

**Terapeuta:** ¿Qué pasó el día que se murió?.

P: Ella me gritó que estaba gorda y fea.

**Psicodrama:** la terapeuta hace el rol de la abuela y grita lo mismo, que estaba enferma, que hiciera algo, que me dijera lo que sentía, que ahora era el momento porque ya me iba. Lloró mucho y no quería despedirse. **Terapeuta:** Le habla a la enfermedad de la abuela y le dijo que la odiaba, que no aceptaba, que por qué se iba, que era lo único que ella quería, porqué la abandonaba, etc. Se desahogó mucho P contestando y despidiendo a su abuela.

Llora desconsoladamente,



**El grupo** la abrazaron haciendo un círculo donde ella queda en el centro. Quedó tan cansada que quedó dormida en la sesión.

**T** llora y comenta que le impresionó todo lo del psicodrama, porque ella tiene también a su abuela que quiere mucho y no vive en Panamá, solo viene para su cumpleaños. Siempre estuvo más pendiente de ella que su mamá. Ella tiene cáncer y tiene mucho miedo de enfrentar su muerte.

**H** tiene un nudo en la garganta, pero no se permite llorar, se siente muy triste. No se lo permite por su profesión “X” no debe demostrar sus emociones. También se identifica porque quiere mucho a su abuelo que está enfermo.

**D** llora y dice: Me duele porque tal vez si la abuela no se hubiera muerto **P** no hubiera consumido drogas y su familia la hubiera educado bien. También se ha acordado del abuso de su hermano, él todas las noches entraba al cuarto y hacía que lo masturbara, sentía pánico y se hacía la dormida.

**H** comenta que fue abusada por su empleada a los 9 años. No se siente culpable porque en el fondo le gustaba. Esa misma empleada trabaja en su casa hoy en día. Cuando dio a luz a su hija (la empleada), no dejaba a **H** sola con ella, sospecha que la empleada pensaría que haría lo mismo. La empleada le dice que la quiere mucho y que hasta que cuando se case le va a cuidar a sus hijos.

**P** se despierta y dice: Yo quité las fotos de mi abuela. Me da mucha rabia que mi abuela le dejó unas prendas a mis hermanas y ahora las usan. Comienza nuevamente a llorar y dice: No me puedo quitar de mi mente el ataúd donde estaba mi abuela. Le gritaba que no se fuera y lloraba mucho.

**Terapeuta:** ¿Dónde están esas fotos?

**P:** En “X” provincia.

**Terapeuta:** ¿Qué te parece si buscas la que más te guste, la pones en un lugar especial con una velita prendida, cocinas algo que ella cocinara (interrumpe y dice: Hace una semana cumplió años), alguna música que le guste...sonríe, y le haces una fiesta de despedida?

Grupo: Queremos ir la fiesta. **P** sonriente quedó en traer la foto y anunciar el día de la fiesta.

**C** se siente mal; pero prefiere no hablar, llora.

**I** está muy cansada, cuando va a dormir piensa en todo lo que tiene que hacer y amanece muy cansada.

**C** ¿Cuándo se va a tocar el tema de autoestima?

**D** está muy cansada también, pero piensa que últimamente está manejando las cosas mejor, por ejemplo se peleó con el novio y lo supo manejar, tiene varios proyectos que quiere emprender.

## **Sesión 10**

**H** comenta que se siente muy estresada, porque llegó su abuelita de Chile, tiene osteoporosis, ya se quebró una vértebra y su tía que es psiquiatra fue la que la trajo y está insoportable. Siente que la trata mal. Le da rabia porque ahora el papá va a tener que hacerse cargo y no es justo. Ella desea que se vaya. Además, mi hermano rompió su compromiso de bodas y yo choqué el carro.

**D** molesta, no me parece que es justo lo que le está pasando a **H**. Es una injusticia.

**Terapeuta:** ¿Qué es el estrés?

**Grupo:** Diferentes respuestas,

**Terapeuta:** ¿No les parece que una de las respuestas pudiera ser que el estrés es una forma de postergación de uno mismo? Entonces acabamos haciendo más de lo que nuestro cuerpo y mente puede tolerar. Igualmente, esa mente nos dice que sí podemos; al final terminamos haciendo cosas de más y quedamos mal emocional y físicamente. Sería bueno saber escuchar el cuerpo y observar los mandatos de la mente.

**Grupo:** Es una muy buena manera de ver cómo funciona la mente y qué es el estrés y es lo que le está sucediendo a **H.**

**H:** También quiero decir que salí el fin de semana con mis antiguas amistades. Sentí muchos deseos de consumir. Manifiesta que se va a los extremos, o se queda en la casa o sale. Llegó a las 5 a.m. El lunes durmió todo el día. Se siente mal porque necesita poner más empeño a su trabajo y siente que todo lo posterga.

**D:** El salir tan seguido no es bueno. Ella no sale porque siente que ya salió lo suficiente. Salir mucho es abusar.

**Grupo:** Pareciera que **D** estuviera controlando a **H.** Su rostro se veía molesto como el de una madre.

**E** No se siente bien. El jueves salió a una discoteca, tiene 5 años en el programa y nunca ha salido por miedo. Estaba muy nerviosa porque salió a escondidas del esposo, con su amiga y vecina. Sentía que lo que hacía estaba mal hecho. Sin embargo ella lo único que quería era bailar. Fueron de bar en bar, le provocó mucho tomar cerveza y su amiga la ayudó porque no se lo permitió, entonces le habló fuerte sobre sus hijos y demás para que no lo hiciera. Llegó a su casa a las 4 a.m.

**C:** Yo estuve 1 ½ años en Hogares Crea y de ahí me metí en NA, cuando salí me sentía muy insegura. En estos días salió con una compañera de grupo a una discoteca y se le perdió el celular. Se deprimió mucho por esto. Siente que es muy materialista y debe trabajar más su aspecto espiritual.

**E** se siente mal con su esposo y su amiga. La verdad es que está harta de su amiga, no la soporta, dice. Ella no trabaja y va a comer todos los días a su casa, le da rabia porque tiene 3 hijos y su esposo; y le molesta que esta persona llegue, abra la nevera y se copie de todos los adornos que ella tiene. Siente que su amiga le tiene envidia. Le exige que le haga comidas especiales y ella lo hace. **E** se levanta y hace una imitación de cuando su amiga llega a su casa. Le ha dicho otras veces que ella no pudo seguir dándole comida porque se va a buscar un problema con su esposo, la amiga hace caso omiso de esta solicitud. Le da miedo ahora, decirle de nuevo, además ella aguanta y aguanta pero llega un punto en que no sabe decir las cosas y lo dice agresivamente, entonces tiene miedo de que su amiga la acuse con el esposo de que fue a la discoteca.

**P:** Eso es chantaje y tú tienes la culpa porque has dejado que te abuse. **E** contesta: Es verdad, ella abre el refrigerador y toma todo lo que le da la gana. También siente que le envidia las cosas. Ej. Ella dice “Tú tienes un microondas más grande que el mío”.

**Psicodrama:** Espontáneamente **P** asume el rol de la amiga de **E** y la confrontarla: Si sigues de estúpida te voy a quitar a tu marido porque le voy a decir que fuimos a la discoteca... sigue confrontando..con argumentos varios, **la terapeuta** ayuda a **P** diciendo en secreto frases para que continuara la confrontación.

**E** se ríe nerviosamente y dice. No eso nunca, mi esposo nunca me engañaría. Y toma una postura relajada y no reacciona a nada.

**Terapeuta:** ¿E como te sientes? Bueno como paralizada, siempre soy así ante las acusaciones, desde niña, no sé defenderme. Me recordó a mi mamá que es muy controladora. También me dio miedo que P me pegara, se sonríe.

**Terapeuta:** ¿P cómo te sientes después de haber hecho el rol de la amiga? Contesta: Bien, en realidad me salió espontáneo porque yo siempre hago eso, provoco a la gente para llamar la atención, porque me siento sola y cuando no me hacen caso siento frustración e impotencia, como ahora con E. Yo soy muy agresiva.

C se identifica porque ella siempre ha sido muy complaciente, hasta se llevó un “pedrero” a vivir a su casa por 6 meses para que se recuperara. Ha dado comida que no tiene. Se dirige a E y dice: yo te presenté a esa amiga y tu tienes la culpa, a “X” no le hace falta nada y tiene el dinero, tú eres la culpable por permitir que te abuse de esa manera y siento que no estás brava con “X”, sino contigo misma. También se siente muy mal por lo de una compañera de grupo de NA que está en el hospital por intento suicida. Unos días antes que ocurriera lo del intento suicida, ella le habló y fue impresionante porque sintió lo mismo que ella, absorbió todo, hasta tuvo alucinaciones. Ahora que salió del hospital, sintió que le vino el alma al cuerpo. Comenta que está harta de sentirse mal, tiene miedo, se siente horrible y gorda quiere que le de anorexia y bulimia. Se pone obstáculos para no lograr cosas. Y es verdad lo que le dijo P en otra sesión, que no practica lo que predica, sin embargo tiene fe que va a salir de todo eso. Tuvo un sueño que se fue a caminar y se encontró con los compañeros de NA y con un revólver disparó contra ellos con ganas de matarlos.

Y se disculpa porque no vino a dos sesiones porque estaba con resfriado. Se siente identificada con E porque a su casa llega siempre un señor y su mamá no sabe decir NO y le da comida, también tiene que esconder todo cuando el señor llega. Sus hermanos la critican porque regaña a su mamá por esto. C le recuerda a su mamá por aquello que no sabe poner límites.

D con esta terapia, está aprendiendo a decir NO. Interrumpe C y dice: Si mi hermana entra a mi casa, abre la nevera, se lleva el supermercado, y un día la enfrenté. La hermana no le habla, la controla, la acusa con su hermano y con el esposo de que tiene una relación con una mujer.

P interrumpe y se dirige a Y y le pregunta: ¿Ese señor es el (\$%\$%) de tu mamá?

Y: No me gusta que te dirijas a mi mamá de esa manera tan vulgar, nadie se mete con mi mamá. D se dirige a P y le comenta que tampoco le gusta esa palabra que usó.

T duerme toda la sesión

P se dirige a Y: Si no te gusta esa palabra, por qué la semana pasada te dirigiste a E usando esa misma palabra refiriéndote a su relación extramarital?

E le recuerda a Y ya que ella no estaba en la sesión ésa. Y se disculpa y dice que sólo era un juego, que ella es incapaz de divulgar esa información

P también se disculpa ante Y.

H le molestan las malas palabras y no le gustan. En mi casa me educaron así, solamente cuando consumía decía malas palabras. Después se defiende y dice: “No es para que no las digan, sólo que en mi casa no se dicen”.

E: Lo que pasa contigo H es que tu te cubres como con una máscara con tu profesión y te tapas.

P: En mi casa también me enseñaron a no decirlas, pero desde que llegué a NA las digo.

**Terapeuta:** ¿No serán las malas palabras, una manera de expresar la agresión o frustración?

## **Sesión 11**

**I** se siente exaltada, tensa, confundida. Fue a la casa de sus hijas. Cumplieron años, le pidió a la mamá que les llevara una tarjeta con B/20.00 y no se atrevió; y fue ella y la dejó. Esto la dejó muy nerviosa, se sentía como si fuera a hacer algo malo ya que se encontró con el auto del ex esposo. Tuvo un sentimiento de impotencia. Tiene 1 ½ año de no verlas, cumplieron 6 años. Siente rabia y sentimientos de culpa.

**Terapeuta:** ¿Cómo son tus hijas?

Son gemelas, la primera es extrovertida e inquieta y la segunda es introvertida, ella se siente más pegada a esta última. Siente mucho miedo. Ella no las puede ver porque le pusieron una orden de restricción por maltrato y drogadicción.

**Terapeuta:** ¿Cuántas veces les has pegado?

**I:** Una vez que se me fue hacia la calle y creo que otras dos más.

**Terapeuta:** ¿Cuándo las golpeas, te cuesta parar?

**I:** Exacto, eso es lo que me pasa.

**P:** ¿Por qué no puedes verlas? Pienso que se puede abrir el proceso

**A:** Lo de **I** me ha apretado botones, me pasa lo mismo con mis hijas. **Y** se identifica en que no puede parar, se siente horrible, se identifica con **C**. Cuando les pega siente que se cierra, se ciega y se siente mala madre. Puede estar tres meses sin ponerle un dedo encima y llega un momento que cuando les pega no puede parar. Lo que pasa creo, es que yo fui muy maltratada por mi mamá físicamente, ella me pegaba con el cordón eléctrico, me despertaba para ir a la escuela a punta de gaznates.

**D:** Ella nunca le ha pegado a su hija, pero piensa que ellas deben pedirle disculpas a sus hijas para sentirse mejor. Con relación a **I**, piensa que tiene razón porque de alguna manera con esos golpes trataba de poner límites ya que dice que son niñas muy tremendas, viven con los abuelos y sabemos que ellos consientes y echan a perder a los nietos. Le aconseja a **I** controlar la rabia y que luche por ver a sus hijas, ya que tiene un año de no drogarse.

**A** piensa que cuando **I** le pegó fue para corregirla y poner límites.

**I:** Cuando veía a sus hijas en el pasado las maltrataba, ése fue su error.

**D:** El día de la visita trata de controlarte

**P:** Repito, ese caso se puede abrir fácilmente porque no se hizo prueba forense, ya que no se tenían heridas físicas. Debe luchar por ese derecho y no tiene por qué pasar pensión alimenticia como supuestamente le exigen, ya que no tiene trabajo.

**A** piensa que las hijas de **I** la manipulan psicológicamente, la rebajan, siente que no es para tanto y en segundo lugar le aconseja a **I** echar para adelante, buscar un trabajo y luchar por sus hijas y abrir el caso.

**P:** Tienes muchos puntos a tu favor, yo te voy a ayudar.

**D** tiene mucho trabajo, se siente cansada. Tiene problemas con la hija desde la semana pasada, como hay tanta gente en la casa y ella cedió su cuarto, ahora duerme con la hija y ésta es muy desordenada; tiene 15 años y el problema es que desordena y la joven quiere que su mamá haga todo hasta le dijo “Te odio”. Siente que su hija le exige mucho, antes sentía que la “compraba” a través de lo material, hoy en día lo hace para satisfacer necesidades de la hija. Su comunicación es buena y no le hace caso a esas cosas, la abraza y le da cariño y siente que son como amigas.

A se identifica, le pregunta a D, ¿que si no se siente culpable porque su hija no se crió con papá? D contesta que no, porque es él el que no la visita.

A: Se siente culpable por esto con su hija. La niña está en una edad muy difícil igual que la de D, en su caso no tiene dinero para complacerla, por ejemplo ahora tiene un concurso y no tiene forma de conseguir el dinero y su hija le reclama que nunca la apoya. Siente que su hija es una manipuladora porque siempre ha estado ahí apoyándola. Saca hasta donde no tiene. Le aconsejó a su hija que hiciera todo para ganar pero que estuviera también preparada para perder. Su hija se enojó y le dijo que le está bajando la autoestima.

P: Cuando D estaba hablando del desorden, le recordó a su mamá cómo ésta la regañaba por eso. Su mamá no sabe decir las cosas, no le compraba nada, su papá sí pero se sentía que la estaba comprando con lo material. Su mamá nunca le dio una buena educación sexual ni nada. Se identifica con la hija de D porque esa edad es difícil, fue ahí cuando ella salió a las calles.

T tiene un dilema porque la mamá le está pidiendo que regrese a la casa. También busca atención de su mamá, se ríe y dice: Tengo 22 años y todavía la estoy esperando, o sea que me dedique tiempo para mí. Su mamá no sabe nada de su vida, por ejemplo el otro día le preparó un pescado, y ella no come mariscos. Siente que su hermanito de 16 años va por el mismo camino de la desatención.

D piensa que le debe dedicar más tiempo a su hija.

A le dice a T: ¿Cuándo vas a aceptar que tu mamá es así y que no la puedes cambiar?

T: No sé. El problema ahora es decidir si me mudo con ella o no. Yo trabajo con ella y abajo hay un apartamento separado que es de mi abuela, que no vive aquí y me convendría porque yo trabajo para mi mamá. El problema es que la tolero sólo por momentos y donde vivo tengo paz.

**Terapeuta:** ¿No estaría de acuerdo el grupo que T se tome un tiempo para pensarlo?

T: Sí, eso voy hacer. El problema también es que en la casa todo lo tengo que hacer; y encima mi mamá me manda a todo y yo lo hago por pena, debería contratar a una empleada porque tiene la plata y no lo hace porque prefiere ahorrar.

P ayer tuvo una crisis, estaba en el interior del país, habló con la mamá y le da una instrucción y ella le contesta que no puede porque no está en el país y la mamá hace caso omiso de eso. Cuando estaba en el carro, camino a Panamá, empezó a hablar contradicciones y le vinieron pensamientos suicidas, una compañera de grupo de NA la llevó al Seguro Social y le recetaron unos medicamentos: dogmatil 50 mg. Tafil, entre otros.. Hoy se siente mejor y mañana tiene cita con el psiquiatra. Ella había dejado de tomar sus medicamentos.

A se siente triste, su relación con su ex pareja están muy mal, es un irresponsable económicamente, se ha distanciado de sus hijas y sólo da excusas baratas. La amenazó con lo legal. Se siente muy deprimida por la soledad que siente, pero sabe que es una soledad que viene desde siempre. Fue al juzgado de familia para arreglar amistosamente las cosas, algo conciliador porque no quiere que sus hijas sufran. Siente que su ex no les da el amor de antes y ellas necesitan tiempo con su papá. En el juzgado, él le pidió que no rompiera el anonimato y sí lo hizo porque ella lo que desea es que entre los dos contraten una empleada para poder ella ir a sus reuniones y a esta terapia. En el juzgado, la abogada le dio ánimos y le dijo que él es un perdedor y ella lo está haciendo muy bien, que en su caso tiene tres hijos y es divorciada y sí se puede echar para adelante y la animó a que lo hiciera.

Comenta también que está cansada de usar máscaras de “la fuerte”, se siente débil y cansada. Le gustó mucho cuando la terapeuta le otorgó “un permiso hipotético” para odiar a su mamá,

sintió un gran alivio. Lloro mucho y dice: Si no tengo dinero, me vale prostituirme para que a mis hijas no les falte nada. Tiene mucho miedo a la responsabilidad. Se siente mal porque nadie de su familia la apoya, siente resentimientos con ellos. Siente culpa porque a su última hija no la quería tener, se iba hacer un aborto, pero sintió mucha culpa y que Dios eso nunca se lo perdonaría.

**D:** Los hombres valen (%%%\$&%)

**Terapeuta:** ¿Cuánto tiempo tienes que estás sola sin tu esposo?

**A:** Un mes y medio

**Terapeuta:** No sé qué piensan las demás, pero yo veo que por este tiempo has podido manejar bien la situación; el miedo es futuro, te animo a que sigas luchando cada día sin futurizar. Eso crea ansiedad. También veo que estás activa buscando el trabajo que más te gusta.

**A** sonríe y asienta con la cabeza.

## **Sesión 12**

**Terapeuta:** ¿Cómo se sienten con las compañeras que han faltado y otras que se han salido?

**A:** Le hubiera gustado que todas estuvieran porque se identifica con todas. Tal vez ellas querían pero no siguieron. Le da dolor, pero se puso en automático y se desconectó de que ya no van a venir.

**H** se siente mal por ellas, **B** le dijo que se identificaba mucho y que la ayudaba y **Y** fue su compañera en lo de la relajación. Que **J** no regrese para ella es un alivio, se siente más segura, le da lástima con ella pero es muy bochinchosa y tampoco la veía muy interesada.

**P:** Sinceramente ninguna me hace falta. Piensa que lo que pasa es que tienen miedo de venir porque van a descubrir quiénes son realmente. **J** la estresa, tiene problemas con ella, la ayudó en un caso, le cobró una miseria y quedó en pagarle poco a poco. De esto hace mucho tiempo y tiene la cara de concha que no me paga ni un centavo. Yo me desconecté de esto, ya se que ella no es confiable. También se siente mejor en el grupo porque se ha reducido.

**T** se siente igual que **P**.

**I** igual que **P** y **T**, lo único que le duele es **Y** ha querido llamarla pero ha estado muy cansada. Siente el espacio vacío y le hace mucha falta **D** que va a llegar tarde. Lo que le pasa es que se siente así cuando se apega a las personas, es codependiente. Tengo la costumbre de contar, por ejemplo cada vez que llego cuento cuántas personas hay, cuando sube las escaleras cuenta, etc.

**Terapeuta:** ¿Con qué asocias el contar?

**I:** Con el control

**Terapeuta:** ¿Quién te hizo falta?

**I:** Mi papá. En mi casa todo era muy estricto, reglas, no se podía parar de la mesa, mucho protocolo. Ahora se siente mal porque no tiene espacio, no tiene donde vivir, a veces va donde **P**, esto la deprime, no tener un lugar.

**H** se identifica con lo de contar, y lo relaciona con su niñez cuando aprendió a contar. Ella cuenta todo igual que **I**, por ejemplo el microondas cuenta de mayor a menor, se va y sigue contando, lo hace en el grupo. Cuando arregla la cocina todos los frascos los pone en orden de mayor a menor, la ropa también todo ordenado, las camisas, las faldas, etc.

**T:** A mí me pasa también por ejemplo eso del microondas.

**I:** También cuando rezaba el rosario.

A: Quería compartir lo de las sesiones de terapia de respiración. Le ayudaron pero se dio cuenta que tiene un problema de intolerancia; siempre está apurada. De niña siempre la apuraban. En esto le provocó hacer travesuras, por ejemplo cuando C estaba relajada, no se podía concentrar, la veía como una ballena y le provocó lanzarle un papelito, como travesura, pero no lo hizo. No se relajó, sintió mucho dolor de espalda.

I: Tengo que decirle algo a A: Tú me desesperas, no paras de hablar, no lo soporto, en varias ocasiones me ha provocada gritarte CÁLLATE LA BOCA.

A: Tú también me desesperas, mira tú y yo nunca hemos tenido química y nunca la tendremos. Yo te he escuchado y respetado todo lo que has dicho, me parece una falta de respeto la forma como te has dirigido a mí; y si yo vengo aquí es porque necesito compartir. Mala suerte que no te guste lo que hable. Siempre he respetado tu espacio. Siempre hablas de tu espacio y ahora tú con ese comentario has violado mi espacio porque me siento incómoda con lo que me dices.

T: Voy a cambiar de tema. He tenido sueños raros. Soñaba que vomitaba como unas bolitas rojas y también que me quería acostar con mi padrastro. Me asusta porque físicamente no me atrae y nunca he tenido fantasías con él. Pienso que este sueño lo asocio con un posible abuso, pero no recuerdo nada.

H: Ustedes saben lo que les conté de mi empleada. Bueno en estos días sentí rabia y se lo conté a mi prima y ésta le recordó que su hermano se acostaba con ella y le daba dinero por esto. Tuvo hace tiempo un sueño que una serpiente (anaconda) estaba en la calle y ella le decía a su empleada que fuera a ver a la culebra; y se la comía. También recordó que después ella le pagaba a la empleada para que lo siguiera haciendo. Hasta le enseñó a fumar.

Todas las compañeras le recomendaron que tenía que hablar con su mamá y despedir a esta empleada, todas mostraron molestia; a lo que H explica que no es un buen momento porque tiene a su tía y a su abuela en la casa, además sus padres se van de viaje. Todas dijeron: Bueno cuando regrese.

P le debe decir a su mamá: En su caso, ella recordó los abusos y se lo dijo a su mamá, ésta lloró y le preguntó que por qué no se lo dijo a tiempo para poder hacer algo al respecto.

D: Debe decírselo, (con rabia).

E se siente muy deprimida, lo de la vecina se ha calmado solo, no ha vuelto a ir. Lo que le pasa es que no aguanta la situación con el esposo. Ayer la golpeó porque le dijo que ella ya no sentía lo mismo por él. Sintió culpa y también que por esto merecía los golpes. Ella lo quiere dejar pero le da miedo no poder con sus tres hijos que solamente uno es de su esposo con quien tiene 6 años de matrimonio. Hasta le dice que ella se cree mucho porque viene a la terapia.

D: Debes de parar lo de los golpes; uno viene aquí para intentar cambiar, él no tiene por qué meterse con esta terapia tuya. En el pasado, ella sufrió lo mismo con su esposo, la golpeaba y la humillaba y lo dejó, en ese tiempo consumía pero buscó ayuda en libros de autoayuda. Por otro lado, comenta que se siente presionada en el trabajo, tiene miedo con los clientes de no lograr sus expectativas.

A: Las cosas se hacen con miedo y así va disminuyendo.

D: E tiene miedo porque se habló de separación y no aguanta más. Creo que debe empezar a buscar trabajo, yo la puedo ayudar.

P: Quiero decir algo, pero no sé. Se queda pensando, adelanta su silla y me mira a los ojos y me dice: Maité, hablé con mi mamá y le dije que tenía una inclinación sexual por las mujeres. Que a mí me gustaría una familia, o sea que soy bisexual. Pero que ahora mismo tiene una

relación y le presentó a su compañera y le dijo que le gustaba que era muy educada. Se siente feliz por esto porque no esperó que reaccionara así.

**Terapeuta:** Te felicito por tu valor y me alegro por ti.

**P:** Quería decir que a **E** la semana pasada en la reunión de NA le dio un ataque de fobia. **E** contesta: No se que me pasó; creo que es porque ahí hay mucha gente.

**T:** Yo también tengo pendiente hablar con mi mamá sobre mi identidad sexual, ella lo sabe, pero nunca lo hemos hablado.

**Terapeuta:** Y ya le hablaste que estás en un programa de NA.

**T:** No, pero pronto lo voy hacer.

### **Sesión 13**

#### **Presentación de cortes de películas: Príncipe de Las Mareas y Gente como Uno.**

**P:** Tuvo un sueño: *era la casa de su abuela, tenía algo que ver con abuso sexual, había que decirle a su madre que su padre había abusado. Sale después la imagen de un pedrero, era como un protector tenía un hacha y sabía lo del abuso. Cortaba las patas de las vacas y entonces ella trataba de contarle a su empleada y ella la postergaba, miraba al señor con odio.*

En la película se acordó de su mamá, algo bueno porque cuando estaban en la playa, ella le enseñaba las conchas y se las explicaba.

**H:** Sigue muy brava con lo de la empleada. Estaba en el supermercado y camino a casa le contó todo a su mamá sobre el abuso de la empleada y desea que la despida. Su madre contesta: Con mis empleadas no te metas. Insistió, le dijo todo y la mamá casi no le cree. Solo dijo estoy en shock y no lo puedo creer. La mamá reaccionó como que “Aquí no ha pasado nada” y le dijo: Deja de llorar que me pones nerviosa. **H** se sintió con esta respuesta en el aire. La madre se preocupó por la indemnización que le tendría que pagar. **H** furiosa le dijo a los 12 años me puse una pistola en la sien para matarme, le pidió a su mamá un psicólogo y no la llevó. Su madre contesta: ¿Y ahora me vas a echar la culpa de eso? Continúa, a los 6 años intenté matar a mi hermano lanzándole un chuchillo y él audazmente lo pudo retener con ambas manos hiriéndose, hubo que suturarlo. Su papá niega esto, porque también lo enfrenta. Ella lloraba desconsoladamente. Dice: En la casa todo es un secreto. El papá le dice: Tú me creyeras si te digo que golpeaba a tu mamá, y dice **H**, por supuesto si siempre fuiste violento y a mí me golpeabas. Te tenía mucho miedo. Le contó a su mamá que fue violada cuando tomaba por un muchacho. Y la madre contesta, ¿Quién te mandó a emborracharte? El día que **H** intentó suicidarse y quedó en el hospital, el padre negó todo y dijo a la familia y a otros que había sido una intoxicación de alimentos. Comenta **H** que la mamá cuenta que cuando es feliz es cuando no está en la casa. Le dijo a su mamá que va a esperar que ellos regresen de su viaje y es ella misma la que se va a encargar de despedir a la empleada, la va a obligar a renunciar.

Dice que su abuela paterna sufría de depresión y le daban electro shock, golpeaba mucho a su padre. El papá le dice: Tú eres brillante pero no sirves para ni secretaria. **H** comenta que esto no le hace porque tiene muchos ánimos de conseguir una beca y hacer una maestría. Le dio mucha rabia que su papá no creyera lo de la cicatriz de su hermano y lo llamó para verificar ya que de tanta duda, hasta ella lo dudó, y el hermano se lo confirmó y se lo dijo al papá.



**D:** No me aguanto, esto de **H**, me da rabia cómo han reaccionado los padres, pero la felicito por su valor. En la película estuve muy brava con la mamá del muchacho por su indiferencia y también me identifico que tengo más apoyo y apego con mi papá. También me recordó una vez cuando tenía 12 años fui a “X” playa y estábamos en un bote y se volteó y casi me ahogo y mi amiga me hundía para tratar de salvarse.

**E:** El año pasado le contó a su mamá que su primo, que es como su hermano porque se crió con ellos, la violaba y su mamá no respondió y se quedó como si nada, estaba fregando platos. Pregunta si el hecho de no tener orgasmos tiene que ver con esto.

**Grupo:** ¿Y si te masturbas?

**E:** Bueno ahí sí, pero me cuesta.

**P:** Se identifica porque no tiene orgasmos. Se siente muy mal por lo que va a confesar, pero lo tiene que decir; y pide por favor confidencialidad. Comenta que cuando tenía como 12 o 13 años tocaba a una niña de 5 años. Y últimamente tiene fantasías con niños. Sabe que no les va hacer nada pero está muy preocupada por esto.

**Y** se identifica con **P**. Ella abusó de un niño de 6 años cuando ella tenía 14 y lo peor es que era su sobrino. Tiene sobrinos de 5 años y 2 años, que viven en su casa y el otro día vio al mayor jugando sexualmente con su hermanita, se puso muy brava y dice que su hermana es muy fresca y no los cuida.

**C** se identifica con **H** y **E** y con la película porque toda la represión que se representa. El hermano la violó desde los 9 a los 13 años, ella ya se siente que en el 5 paso del programa de NA, lloró bastante y lo ha superado. Los padres nunca lo supieron porque murieron. Todas sus relaciones sentimentales son disfuncionales, menos la que tiene con su esposo, hasta en el pasado cuando se prostituía. El orgasmo le cuesta y hasta finge. Todas se rien y dicen “Yo también”. La han violado muchas veces. Hay muchas cosas que detesta de ella misma, que le duelen más que las drogas mismas. Confiesa algo ahora que no ha dicho nunca: Todo su proceso de recuperación ha tenido esporádicamente alucinaciones, piensa que es por las drogas. Ahora va a un Psiquiatra que la terapeuta de esta terapia le recomendó y la tiene medicada.

Disfrutó mucho lo de la respiración y relajación y lo va a poner en práctica, se siente más fortalecida espiritualmente. En la primera película, le llamó mucho la atención los secretos y en la segunda le recordó a su mamá por su frialdad y a su papá que la quería tanto.

**E:** Yo les he contado que no quiero tener relaciones y la única forma es imaginarme que soy otra persona. Me asusta porque el otro día imaginé a mi hija teniendo relaciones con su novio y eso me excitó.

**T:** La segunda película le recordó a su mamá por histérica y a la mamá la veía como una ex novia de ella, que es fría y distante. Eso la puso muy tensa en la película.

**D:** está muy sensible, felicita de nuevo a **H** porque debe ser muy fuerte enfrentar a sus padres.

## **Sesión 14**

**H:** Estoy muy contenta porque mi papá me escribió un correo electrónico con un poema muy lindo. Básicamente no quiere que tenga rencor hacia la empleada. Siente que el poema era positivo porque invitaba a ver las cosas buenas de la vida más que las malas. Ellos tienen que ir donde el psiquiatra que la atiende.

**Psicodrama con I:** Técnica diálogo de la silla vacía. Se le pidió primero que soltara su cuerpo, estaba bastante rígido, saltando moviendo, haciendo muecas, respirando fuerte y haciendo algunos gritos. Se sentó en la silla.

**Terapeuta:** ¿Qué nos quieres contar?

**I:** El abuso de mi hermano y su muerte.

**Terapeuta:** Cierra los ojos y te remontas al momento más triste del abuso sexual. Luego de unos segundos, pregunto, ¿Dónde estás? En mi cuarto, ¿Qué tienes puesto y de qué color? Pijama amarilla. Mi hermano entra con un cuchillo para abrir la puerta, se arrastra para llegar a mi cama, yo tengo mucho miedo, y me hago la dormida, tengo 9 años, él hala la sábana y yo lucho para que no entre a mi cama.....

Silencio y llora

**Terapeuta:** Cómo se llama tu hermano?

**I:** Alexander

**Terapeuta:** ¿qué te hace Alexander?

Silencio.....llora

Pregunto varias veces.....

Silencio y llora....

**Terapeuta:** Abre los ojos, aquí está Alexander en esta silla ¿Qué quieres decirle?

**I:** : Lloro y silencio. Dice, ESTOY HARTA. Insisto y pido: Con más fuerza. Lo dice suave: Estoy harta....Pido a los demás que griten ESTOY HARTA varias veces, hasta que ella logra decirlo con rabia. ¿Porqué lo hiciste?

Silencio

**I:** Estoy harta de que te metas en mi cama, por qué conmigo que soy tu hermana, porque no buscas a otra persona, hay muchas en la calle. Te odio, quiero que te mueras por esto, porque también sé que te metiste con mi hermana. Te odio.

**Terapeuta:** Se le pide al grupo le hablen a Alexander: (##\$) . Busca a otra. Estúpido. Ojalá te mueras. ¿Cómo le haces eso a tus hermanas?, etc.

*Cambio de silla*

**Terapeuta:** Alexander ¿I quiere saber porqué lo hiciste?

**I:** No sé

*Cambio de silla*

**I:** Alexander no sabe, ¿no será que fue él también abusado?

**I:** No sé.

**Terapeuta:** ¿Qué sientes?, ¿Qué más quieres decirle? Aquí está Alexander con 11 años para que le digas todo lo que necesitas

Silencio.....

**I:** Por qué me hiciste eso?, si yo te quería mucho, hasta mi mamá te ha deseado la muerte sin saber lo que has hecho. Yo también quiero que te mueras y que me DEJES EN PAZ.

**Terapeuta:** Pido al grupo que griten: Déjame en paz¡¡¡¡¡

**I:** grita: Déjame en paz. Lloro mucho

**Terapeuta:** Aquí está Alexander, crees que lo puede perdonar, tal vez él también fue abusado, sólo tiene 11 años y no sabe porqué lo hizo.

**I:** No lo puedo perdonar.

**Terapeuta:** Entonces ¿Qué hacemos?, ¿Le decimos que se vaya?

Largo silencio y sigue llorando.....

**I:** Que se vaya

**Terapeuta:** Díselo tú. Y lo hace.

**Terapeuta:** Ahora está sentado Alexander de 22 años cuando le anuncian que tiene leucemia. Cierra los ojos y busca ese momento. Quién está contigo y qué te dice esa persona.

**I.** El doctor, que mi hermano tiene leucemia y me siento muy triste. Y decido cuidarlo por un año y medio.

**Terapeuta:** Pongo otra silla y ahí está la leucemia. Dile todo lo que quieras.

**I.** Estúpida, ¿por qué te metiste en el cuerpo de mi hermano?, ¿Por qué te lo llevaste? Te odio, etc....

**Terapeuta:** ¿Ya se puede ir?

**I.** Si.

**Terapeuta:** Escoge a alguien del grupo que te recuerde a tu hermano. Escoge a **H.**

Aquí está tu hermano Alexander de 22 años con leucemia. ¿Qué le quieres decir?

**I.** Que lo quiero mucho, que no quiero que se muera, con él es el único con quién jugaba. Lloro.

**Terapeuta:** ¿Te sientes culpable porque le deseaste su muerte y ahora tiene leucemia?

**I.** Si

**Terapeuta:** Dile todo lo que quieras, está aquí para eso.

**H:** **I** te quiero mucho, perdóname por todo lo que te hice, donde estoy no tengo paz porque sé que sufres, no estoy así por ti, son cosas que pasan en la vida, pero me tengo que ir y tú me dejas con tu sufrimiento, me tienes asfixiado y tu también estás así, por favor déjame ir para tener paz y que tú la tengas también. Perdóname por todo, por favor y si no puedes ahora, déjame ir que el tiempo se encargará.

**I.** NO, NO, NO , no quiero que te vayas, no lo voy a permitir.

**H:** Me tengo que ir, todo lo que tenía que hacer aquí ya lo terminé, se cumplió mi misión ahora quiero que tú seas feliz y que te liberes y no sientas culpa.

**I.** No...lloro mucho...

Silencio

**H:** Te agradezco que me hayas cuidado por un año y medio; eres una buena hermana, sin ti mi partida hubiera sido más difícil; gracias siempre recordaré esos momentos íntimos de mi muerte, contigo a mi lado siempre. Pero me tengo que ir y me tienes atado, y tú te sientes asfixiada, no moriré en tu corazón y me recordarás siempre, eso mantendrá nuestra unión, por favor, déjame ir que quiero paz.

**I:** NO....

Silencio y llora

**Terapeuta:** I crees ahora que puedes abrazar a Alexander y dejarlo ir, te lo está pidiendo.

**I.** Si. Se abraza con **H** y llora desconsoladamente por varios minutos y se despide. La ubico en un lugar en el grupo donde se pueda acostar y le pido que descansa y que cierre los ojos.

**C:** Esto me recordó todo lo que mi hermano me hacía, fue casi igual. Yo ya lo perdoné en mi cuarto paso, pero cuando me tocó hablarle a la silla, sentí que lo insultaba a él. Como en la película, es peor el silencio que la propia violación. Sabe que su hermano la quiere, pero no entiende por qué le tiene más miedo a él que a su otro hermano, que está en el programa, en el pasado hasta lo apuñaló, lo golpeó y fue violenta con él.

**Terapeuta:** **H,** ¿Cómo te sentiste en el rol de Alexander?

**H:** Impotencia, porque quería que lo dejara ir, se sintió como un niño que tal vez fue abusado sexualmente; se sentía que se merecía la enfermedad por la maldición de su madre que le diera cáncer a todos sus hijos porque se arrepentía de haberlos tenido.

Como Alexander, me quería ir en paz y siento que me fui así, y que I está en paz ahora.

A: Esto es muy fuerte, me ha cansado mucho.

Largo silencio en el grupo.

D: Yo me alegro por I, ella se ve una persona muy rígida y que le cuesta llorar y más que la vean, y lo ha hecho. También le recordó el abuso de su hermano, ella lo ha perdonado, no tiene resentimientos, si algún día se da la oportunidad, lo enfrenta ahora no tiene esa necesidad.

C: Pregunta que: si el no poder sentir sexualmente tiene que ver con el abuso.

H: Sí tiene que ver.

P: Está soñando mucho con aeropuertos y aviones no sabe por qué, la tiene harta.

Terapeuta: ¿Qué crees que es?

P: Bueno es que tenía un viaje a España que ya cancelé, pero ahora no decido si me voy o no a Miami.

## Sesión 15

H: Me han hecho falta mucho las reuniones (se tuvieron que suspender 2 por problemas en el local, se inundó), y hoy vine con mucho entusiasmo porque estoy flaqueando con lo de la empleada, como que la trato bien y necesito la fortaleza del grupo. En lo del taller que se va hacer, puse como meta a corto plazo despedir a la empleada, se lo enseñé a mi papá y él me ayudó a concretizar más las metas.

D: No me parece que debes involucrar a tu papá en esto.

Silencio

H: Mi papá en lo único que se mete es que me ve muy flaca. Yo tomo ciruelax porque siempre he sido estítica y siempre he tenido rasgos de anorexia.

Terapeuta: ¿Tienes el ciruelax asociado a la comida?

H: risa nerviosa....silencio...si. Por ejemplo también cuando voy al baño (y perdonen por lo que voy a decir), me fijo cuánto excremento hago, y si es mucho me pongo feliz, también me pongo a ver si digerí lo del día anterior y así.

I se identifica porque tiene problemas alimenticios. Hoy en día se siente horrible, gorda, no quiere salir, no se quiere ni mirar en el espejo; su ropa ahora es distinta, es más ancha y holgada para que no se note la gordura. Se siente fea. Antes tomaba laxantes, diuréticos y siente que ha estado entre la bulimia y la anorexia. Tiene una úlcera "dietal" y hoy en día le da miedo vomitar porque le duele mucho y en el pasado llegó hasta vomitar sangre. Hoy en día siente que come por ansiedad y cada vez que observa la comida se siente culpable.

D: Le estás dando mucha cabeza a lo de la comida, tú no estás gorda ni fea, como adictas, somos ansiosas. Estás más rellenita pero no gorda. Debes buscar en qué entretenerte para que no pienses en la comida.

H: Me llama la atención que siempre cruzo los brazos, como protegiendo que no se me vea la barriga. Cuando está aburrida y siente ansiedad, lo que hace es que escoge 10 alimentos que puede comer y así va contando en el día lo que se va comiendo.

Terapeuta: ¿Con qué asocian el estreñimiento o el no poder vomitar?

H: Represión, control y auto castigo.

Continúa H: Yo por ejemplo si como azúcar no puedo parar.

Y: Yo no me siento así como ellas culpables. Hace dos semanas dejé de fumar motivada por lo de la relajación y como lo que quiero y no me importa, porque también hago ejercicios. Además en mi casa me dicen que me veo bonita cuando engordo.

H: Ahora que me acuerdo cuando tenía 15 años era bien rellenita. Y cuando empezó a consumir drogas, se empezó a adelgazar.

I: Mis hermanos tampoco ayudaban con mi imagen porque me trataban de fea. La comparaban y su mamá la descalificaba siempre.

H: Ahora que recuerdo, en estos días mi mamá se comió un dulce y lo vomitó. El otro día sí me provoqué el vómito porque me había comido como 8 tacos, igual era cuando consumía cocaína, me provocaba el vómito más que nada por el malestar físico.

I se siente bien por ser autosuficiente, no le gusta que la controlen, pero hay momentos en que se siente muy sola y extraña por ejemplo a las muchachas de la terapia. No siente confianza para llamarlas e ir a un cine o deportes o algo así. No siente apoyo en el grupo; le gustaría tener un grupo de amigas. Cuenta el suceso con A y dice: Yo no confío en ella, el día que le dije en el grupo lo que sentía ya todo Narcóticos Anónimos lo sabía. Le molestó ese día porque acaparó toda la atención y parecía ella la terapeuta y eso la molestó. No tiene confianza en A, piensa que no le cae bien porque se engancha con ella cuando A expresa que maltrata a sus hijos. Esta desconfianza viene desde su mamá que le decía “Lo que pasa en la casa se queda aquí”, ni siquiera podía interactuar con vecinos, solo con los hermanos. Fue abusada física y verbalmente por su madre, cuando escucha gritos le duele el pecho. Una vez de niña la golpeó muy fuerte solo porque se le cayó un vaso. Hoy en día siente que cada vez que se equivoca le va a venir un castigo y que se lo merece. Esto la pone furiosa. Prefiere a que la golpeen a que le griten. Sentía que su mamá la odiaba.

Silencio.

**Terapeuta:** La última sesión I participó en un psicodrama sobre duelo y demostró al final flexibilidad al permitirse llorar y sentir. Hoy le cuesta expresarse, tiene internamente una estructura muy rígida y como vemos se refleja en su cuerpo. Todas estas represiones, pueden salir también por el cuerpo y enfermarlo. Le recomendé a I utilizar las técnicas de respiración.

I continúa: Siento rabia con mi mamá. Más que nada por permitir que su hermano abusara de ella, cuando le dijo la verdad a su mamá y le contó que abusaba también de su hermanita, ella le dijo que estaba loca.

No puede olvidar las palabras y actos de su madre, constantemente les decía a sus hijos: Los he debido abortar y que ojalá les diera un cáncer y se murieran. Tenía preferencia por los hijos de su padrastro y hasta los “comparaba”. En los tiempos que vomitaba era porque no quería comer la comida que a través del aporte económico del padrastro se compraba. Cuando su hermano enfermó de leucemia, su madre no lo iba a visitar, fue ella la que lo cuidó por un año y medio. Sentía odio hacia Dios por el cáncer de su hermano.

Llora mucho.

Y hablando de hermanos, dice: No me llevo bien con uno que es un amargado, cuando estaba chica de 8 años, jugando la amarraban con una sábana y la dejaban encerrada. Se identifica con I porque no soporta escuchar gritos, le recuerda a su padrastro cuando le gritaba a su mamá. Hace 7 años que no está con él, la mamá lo echó, por presión de Y. También le gritó a mi hermano amargado para que respete a mi mamá y no la trate mal.

Tiene mucha rabia porque siente que su mamá es abusable, la agarran de estúpida, comenta. Los hermanos le dicen a Y que es muy agresiva cuando insulta a sus hermanos, pero lo hace

para defender a su mamá. Dice: Mi padrastro y mi hermano el amargado son iguales los dos. Le da rabia porque la mamá no sabe poner límites, ahí entran los vecinos y abren la nevera por ejemplo.

**H:** me parece que Y está controlando a su mamá, no sé, pero me identifico con eso. Terminamos la sesión recordando que la próxima tendríamos nuestro taller.

### **Sesión 16**

Faltaron A, Y y E. Tema: Taller y Charla

(Todas llegaron media hora tarde. El grupo tomó la decisión de postergar el taller para la próxima sesión para darle oportunidad a sus compañeras que presentaron excusas por no asistir. Todas opinaron que este taller era muy importante, además como era trabajo en grupo de a dos era importante que todas estuvieran presentes)

**I:** Estoy muy molesta, porque esto me recuerda mi propia irresponsabilidad, además me da mucha rabia por usted, (terapeuta). Siente vergüenza por esto y se imagina que la terapeuta está preocupada porque las demás faltan; que también tiene sus asuntos y estas personas han faltado. En todo este tiempo, ella ha dejado de hacer cosas por cumplir con la terapia porque le interesa. En una ocasión, cuando estaba en tratamiento dejó plantada dos veces a la psicóloga y ella le dijo que había perdido su oportunidad y le dijeron que era una irresponsable. Siente que las oportunidades se acaban y hay que aprovecharlas. Esto también le recuerda que ella todo lo posterga cuando se trata de algo personal, pueden ser desde terapias hasta lo más mínimo, no es así con los demás, siempre es cumplida.

**P:** A mí me da igual, pienso que es desinterés. Le dio rabia una vez que C discutió con J, ésta se fue y no avisó y todavía ella quería que se le diera la oportunidad de regresar. Otra cosa, tengo una obsesión con el tiempo, tengo que llegar temprano a todo, siempre llego hasta antes de tiempo y hoy llegué tarde porque tuve que recoger a dos personas y venía matándome por la carretera. Eso le molesta, también porque hizo la tarea para tenerla hoy lista. Las que no vinieron hoy son unas mal agradecidas.

**D:** Yo estoy tranquila, pienso como P, me da un poco de rabia porque se nos ha dado la oportunidad de esta terapia y hoy era importante. Le da mucha pena con la terapeuta y se siente muy agradecida, siente que se va a decepcionar y está preocupada por estas personas para que regresen y terminen su terapia y no queden en el aire. Sin embargo, está contenta con que el grupo decidió postergar el taller y darles a las compañeras una oportunidad.

**I:** Esto que dice P de la puntualidad me ha recordado algo que me molesta mucho. Cuando se graduó de 6° año, le pidió a su hermano mayor que salieran y que fuera a su graduación;. Éste nunca apareció y se quedó sola ese día. Esto le dolió mucho y comenta que hay cosas que no se pueden dejar para después. También, le ha traído a la mente su mamá, una mujer estructurada que para todo le ponía tiempo: Ej. Esto hazlo en 5 minutos; tienes 10 minutos para llegar, y así: vivía apurada por su madre. Hoy en día se le ve más tranquila porque ya no vive con su mamá, aunque tiene problemas con la figura de la autoridad, no le gusta que la controlen. Le gustaría que la cuidaran pero que no la manejaran.

**H:** Maité me ha preguntado en sesión que por qué no me voy de la casa. Escuchando, ahora siento que es miedo a sentirme desamparada

**Terapeuta:** ¿No será que el miedo es a dejar de controlar a tus padres o que tu familia se desestructure? Te hemos escuchado que los cuidas mucho.

Silencio.

**H:** Ahora no sé, tal vez sí. Puede ser. Ahora estoy enredada, voy a pensarlo, pero me suena lógico, no lo había visto de esa manera.

**P:** Aunque yo parezca que todo lo hago despacio, por dentro estoy siempre como apurada, ansiosa, esto puede ser porque mi mamá siempre se demoraba para todo. Ej.: maquillándose y yo me desesperaba. Ahora se invierten los papeles, ella se demora. Siente que el tiempo se va a acabar, por ejemplo no le gusta ir de compras, siempre lo hace rápido, cuando alguien no está listo a tiempo se desespera, por eso no usa reloj porque el tiempo la obsesiona y le da ansiedad.

**C:** Quiere agradecer al grupo y a la terapeuta por la ayuda que está recibiendo. Lo de hoy me recuerda que soy una irresponsable y controladora, siente que exige de los demás lo que ella no puede dar, ejemplo puntualidad. Hablando de la ansiedad, ella la siente hasta haciendo el amor, quiere que se termine rápido y sino finge. Le cuesta mucho tomar las cosas con calma y soltar las ideas le cuesta un mundo. La situación de hoy no le molesta. Anhela la paz, aquí ha dicho cosas que nunca antes había expresado y siente que la crisis emocional la ha superado gracias a estas terapias. Siempre ha aspirado a lo mejor y nunca ha podido, no valora sus logros, sólo se centra en lo negativo y lo que no tiene; no sabe quién es, no se soporta, se repudia, comenta.

**Terapeuta:** Pide a **C** tres puntos negativos que ves y que repudias y guarda silencio a que te respondamos.

**C:** 1. Egoísta

**Grupo:** Siempre te vemos dando servicio a las instituciones y pasando el mensaje, lo que menos veo en ti es eso, eres bondadosa, no estarías aquí si fueras egoísta.

2. Envidiosa, porque envidio por ejemplo que los demás tengan ambos padres vivos y a sus hijos con ellos.

**Terapeuta:** ¿No les parece que eso en lugar de envidia es un sentimiento de dolor justificado? Sí, contesta **C**, me parece que sí y que tengo derecho a sentirme mal por eso, tal vez estoy viendo las cosas muy exageradamente y a la ligera; y estoy confundiendo los conceptos.

3. Complaciente con los demás y con ella misma no, no sabe decir que no.

**Grupo:** Esto es bondad, sólo que exagerada y debes pensar en ti primero, pero no verlo negativo sino controlar y pensar primero en uno.

**P:** Necesito que me ayuden con un problema: Tengo que ir a E. U. a recoger un dinero que destinó mi papá para los estudios de sus hijos. Ahora mi mamá quiere que le de 60,000 para una campaña política y a mí no me da la gana, porque yo administro el dinero y todo está a mi nombre, pero siento mucha culpa y más que nada por el daño que le hizo cuando consumía. Otro problema es que en días pasados utilizó el auto de su hermano y venía con una amiga que le gritó RECAISTE, lo negó y la amiga le dice: Entonces, ¿qué hace esta marihuana aquí?. Entonces le dijo que era del hermano y sabe que sí porque él solamente come y duerme todo el día. Lo que hizo fue un espectáculo, lo llamó y le dijo que la policía la tenía detenida por tráfico de drogas. El hermano se asustó.

**D:** Con respecto a tu mamá me parece que puedes darle algo de dinero, no todo; y con tu hermano, me parece que no procediste bien con ese show, le has debido hablar y pasarle el mensaje de recuperación.

**H:** Yo pienso lo mismo

**P:** La vez que tuve el accidente de auto que casi me muero, mi mamá siempre me echaba en cara o me culpaba por el gasto del accidente y cuando se cobró el seguro de B/. 15,000 le dio el dinero a su mamá.

**I:** Otras veces **P**, se ha notado que tienes una competencia con tu mamá, tú eres independiente y no eres la esposa de tu papá, es ella. Concederle ese dinero a tu mamá para que lo utilice en política me parece que es como jugar en el casino y sobre tu hermano también pienso como **D**.

**P:** Encima me ha dicho que me nombra directora de campaña, eso es una manipulación. Y sobre eso, el otro día les comenté que le dije sobre mi preferencia sexual, creo que hice mal en contarle, aunque aceptó a mi pareja. También el otro día, tuvo muchas ganas de consumir y le dijo a su mamá que tenía insidia; ella no comprendió el significado de la palabra y le dijo: Ahora no te vengas a volver fanática de esos grupos. No sabe lo del dinero, se siente mal sino le da pero no le parece, se siente culpable. Una vez, le robaron 30,000 que su papá le regaló, cuando consumía; y eso su mamá se lo echa en cara. Piensa que no va a ganar, porque en Panamá todos son negros y a ella no la soportan y no cae bien.

**I:** Pienso que debes pensar en ti y guardar ese dinero por ejemplo para una maestría para ejercer tu profesión. Todo esto, le recuerda también su relación con su madre, o sea la culpa por no ser hoy en día cercana con ella. Antes todo lo que soñaba realizar era en función de su mamá, ya no, su madre la descalificaba demasiado.

**T:** Yo por eso no le digo nada a mi mamá de lo de mi adicción, me va a manipular.

**C:** Tiene también el problema que a su hijo en EU. se le ha engañado, él no sabe nada de que ella es una adicta ni de la vida que llevó, encima el papá le ha dicho que su otro hijo mayor también es de él. No sabe qué hacer.

**Terapeuta:** En su momento habrá que decir la verdad.

**C:** Me da miedo, ¿Tú me vas a ayudar?

**D:** Cuando **P** habla de su impaciencia, me recuerda mi ansiedad, se da cuenta que ha cambiado, se siente menos apurada y desesperada, es más puntual y con su relación también es más paciente y menos controladora y menos obsesiva, le están saliendo bien las cosas, también en el trabajo.

**Terapeuta:** ¿Significa que estás poniendo prioridades y que no te estás postergando?

**D:** Si, desde que vengo a esta terapia estoy cambiando, hasta estoy trabajando el decir que NO, aunque esto le cuesta con la hija, ella la controla. Por ejemplo, llega cansada del trabajo, el mismo es muy estresante porque tiene que estar pendiente de todos los detalles, llega a su casa tarde y con cansancio y su hija la presiona para que le haga comida, mandados, etc. Le gustaría que su hija reconociera los esfuerzos que ella hace y fuera más comprensiva.

**H** se acaba de dar cuenta, que ella posterga las cosas por la ansiedad, da mucha vuelta y al final no hace nada.

**C** tiene problemas también con decir que NO, el otro día fue donde el hermano y no le prestó dinero, ahora él le pide un dólar y se dio cuenta después que era para su pasaje y se quedó sin nada.

## **Sesión 17**

Taller: charla sobre autoestima y la interpretación de los 12 pasos. Trabajo en grupo para discutir en grupos de dos las dos tareas en casa y se añadió otra que fue escribir los logros y cualidades personales. (duración 3 ½ horas)



## **Sesión 18**

Aplicación de las dos pruebas pos test (Beck e IDARE)

**Terapeuta:** ¿Cómo se han sentido en toda esta terapia, con el grupo y conmigo? ¿Cómo se sienten en general? ¿Qué resultados han obtenido? y por último, ¿Cómo se sienten con que hoy es el último día?

**D** se siente muy bien con el grupo, ha habido momentos de pelea y discusiones pero eso es parte del crecimiento. Le encanta como es la terapeuta, transparente, inspira confianza porque no es la típica psicóloga seria, ella se identifica con la terapeuta por eso. Está muy agradecida porque esta terapia le ha servido mucho y la ha ayudado porque lo que se trata en la misma, ella lo aplica y le ha dado resultados, siente que ha cambiado. Estos cambios que ha notado en el proceso no los había podido lograr antes. Piensa que también es por el hecho de tener compañeras a las que le ha sucedido lo mismo que a ella y con las cuales se ha identificado. Ahora cuando comete los errores los rectifica, tiene más conciencia y está más alerta para controlar sus impulsos. Le da tristeza que se acabe, ya se había acostumbrado a los dos días de la terapia por semana y se ha unido mucho con sus compañeras. Quiere que el grupo continúe y ofrece su local para hacerlo, piensa que un grupo de mujeres de NA es importante ya que en su grupo no se puede expresar libremente, ni decir sus intimidades o traumas.

**H:** Esta muy contenta con la terapia y se siente bien con sus compañeras. Al principio se sentía muy desconfiada y poco a poco fue logrando la confianza. Ha aprendido mucho, sobre todo de la terapeuta, por su forma de ser (de la terapeuta), siente que eso la ha ayudado con su rigidez. Se siente triste que se acabe la terapia.

**E:** Se siente bien en el grupo, ha logrado la confianza que antes no tenía; no podía ni siquiera hablar en grupo, le daba pánico; siente tristeza que es el último día. Inclusive no iba a NA porque prefería estar en el grupo. Lo que más ha logrado es seguridad en sí misma. La terapia de la respiración la ha ayudado mucho, más que nada con el pánico que ya casi no lo siente.

**C:** Está agradecida al grupo y se siente bien con el mismo. No tengo palabras como expresar mi agradecimiento con Maité, no tienen idea como me ha ayudado esto, he crecido un mundo, le da también tristeza, pero tiene la esperanza de que este grupo va a continuar. Ha obtenido muchos beneficios, está más segura de sí misma, optimista, tan es así que el lunes empieza la escuela. Les confieso que yo he falsificado todos mis títulos de la escuela y uno que tengo de secretaria. Pero ahora con la terapia no quiero ser deshonesto y quiero terminar la escuela.

**A:** Se siente tranquila, no está triste porque se pueden seguir reuniendo y quiere que venga la terapeuta. Ha aprendido a conocerse más profundamente, ha podido experimentar el dolor de los demás y lo ha sentido como propio, también el cariño que ha recibido por parte del grupo, específicamente cuando tuve el incidente con **I**, yo no quería venir más y las compañeras me llamaron para convencerme de que regresara. Yo sé que mi problema es la resistencia, pero trato. También se siente contenta porque cuando entró al grupo estaba desconfiada porque estaba disgustada con **E** y no se hablaban y fue en las sesiones que se reconciliaron.

**P:** No hay palabras para agradecerle a Dios esta oportunidad. Está agradecida con cada una del grupo porque la han apoyado en la toma de decisiones. Aquí predominó la confianza, esto la ha ayudado mucho y está muy agradecida con la terapeuta. Nunca pensó que iba a llorar. Últimamente tiene ganas de vomitar y cree que son ganas de llorar. Si no hubiera sido por esta terapia no se hubiera reconciliado con una persona del grupo que antes no le hablaba. Ha

aprendido a ser más observadora y menos impulsiva. Con el tema de los impulsores psicológicos también ha aprendido a identificarlos y a controlarlos. Ahora trata de no ser tan grosera. Se siente bien con el grupo y no está triste porque se acaba; en realidad creo que no lo quiero “realizar”. Ha aprendido a interactuar con todas en el grupo y se lleva bien con todas; ha conocido lo positivo y negativo de cada una y la identificación la ha ayudado mucho. Si no hubiera superado la confianza no cambia. Prefería siempre venir a las terapias que a los grupos de NA. Se ha identificado profundamente con el dolor de las demás como si fuera de ella. Se ha dado cuenta de sus fallas e inclusive ha podido pedir disculpas a personas que ha ofendido en el grupo y afuera. Maité es una gran persona. Lo único que le molesta es que soy muy suave, no regaña a la gente que no llega o llega tarde y un día llegó tarde a propósito porque dijo: ¿Para que me voy a apurar si Maité no saca a nadie y no regaña por eso? Se siente muy agradecida con la terapeuta, cuando entró al grupo lo hizo con mucha esperanza de resolver sus conflictos y se siente bien y contenta. Les dice a sus compañeras: Las quiero mucho a todas y guardo un lugar muy especial en mi corazón con cada una de ustedes.

T: Esta terapia la ha tocado en lo más profundo de su alma. Le ha tomado 22 años darse cuenta de sus trapos sucios, aquí lo descubrió. Yo nunca he podido hablar, soy muy tímida. Y ha podido romper con la desconfianza aquí. Ha podido sentir el dolor de las demás. Con la terapeuta la ha sentido como una amiga y como una madre. Le recuerda lo que no le dio su mamá. Las sesiones de relajación y respiración le encantaron. Ante esto, interrumpen y todas dicen: De verdad, eso fue lo máximo. Continúa diciendo que ahora trata de bajar sus expectativas para ser más feliz y sacar siempre provecho de las situaciones. Siente que ha avanzado en su recuperación. De los 100 miedos, ahora han desaparecido muchos y ha recuperado fuerzas y más confianza en ella misma. Se está dando permisos. Se siente triste que se acabe la terapia porque los días que venía era como una rutina, sentía que esto era un compromiso que era más importante que hasta un negocio.

I: Está muy agradecida con cada una de sus compañeras. Se siente bien con su espacio, es importante para ella. El compañerismo fue un aprendizaje porque en NA las relaciones son superficiales, ahí nunca se había expresado por temor a que la etiqueten y por eso se reprimía. Aquí siente libertad que nunca había sentido. Ha asistido a muchos centros de rehabilitación y lo que ha compartido aquí no lo había hecho en otros lugares. Las sesiones de relajación y respiración fue una experiencia donde se encontró a ella misma. La experiencia que vivió con el psicodrama: antes muchas cosas le venían a la mente y eso la ayudó a expresar todo eso y muchas cosas por las que se sentía culpable, se liberó de la culpa. Hasta tuvo la confianza de llamar a la terapeuta en la madrugada cuando después de esa experiencia le dio una crisis que quería suicidarse y la terapeuta la pudo ayudar, o sea que pudo hacer algo en ese momento. Esta experiencia la revolvió mucho.

Esta experiencia la ha motivado para seguir buscando bienestar. A la terapeuta siempre la sintió como una madre. Siente tristeza que se acabe la terapia. Hace una pausa y se dirige a A y le pide disculpas por haberla ofendido en sesiones pasadas.

Y: Ya lo dijeron todo. Todas se ríen y dicen: No, tú tienes que hablar. Se siente bien con todas. Maité es excepcional. Siente que toda su vida ha sido como relatada por todas sus compañeras, lo cual hace que se sienta muy identificada con el dolor de todas. Lo que la motivó a entrar en la terapia fue su inadecuada relación homosexual con su pareja. Siente que ha cambiado, que ahora pone límites, su pareja se ha dado cuenta. Quisiera que la terapia continuara, algunas veces siente rabia por alguna de sus compañeras y otras no, por ejemplo

con P. Con relación a las sesiones de relajación y respiración le encantaron y ayudó mucho, hasta dejó de fumar, tiene ya un mes.

### **Devolución**

Agradezco su confianza, aplaudo su valentía y me alegra sus progresos que son propios. Todas manifestaron sus metas en la terapia. El proceso que más se sintió y en el cual se trabajó fue la desconfianza en el grupo y la depresión y ansiedad con sus manifestaciones compartidas. La terapia estuvo dirigida a bajar estos síntomas para lograr el auto conocimiento y la exploración del pasado a nivel más profundo.

- **RELACIONES DISFUNCIONALES:** viene de la relación con padres: el grupo manifestó desconfianza: se trabajó traición, ira y se pudo expresar esos sentimientos.
- **SENTIMIENTO DE SOLEDAD:** Se expresaron: cómo es el miedo a la soledad: esto es VACÍO, para llenarlo (grupo, terapias, madrinas, pasos, soltar para no enganchar, así se deja el espacio para que lo llenen las actividades y la acumulación de fuerza para realizar metas) y RECONOCERSE por lo que realmente valen
- **Presentación de problemas como:** relaciones de pareja, codependencia, duelos no resueltos relaciones con los padres: aquí vimos cómo se confrontó con los padres, aprendieron a poner límites, defendiendo sus espacios en el grupo, manejo de fobias, soltar el control por ejemplo llorando, expresión de sentimientos coherentemente y permiso para sentir, superación de fobia social, resolución de crisis y conflictos dentro del grupo y fuera de él.

**LAS AUSENCIAS:** muchas veces las personas no están listas

- Valor para confrontar infancia, algunas hasta han recordado
- Se ha notado una baja en la ansiedad y depresión grupal
- Se trabajaron bien los enganches, identificándolos.
- Problemas sexuales: trabajar el abuso (conocer y aceptar el cuerpo, superar la complacencia, lograr autoestima, el no sentir es miedo a sentir)
- Trabajar la codependencia (no postergarse, evitar el rol de víctima o salvadora, no controlar tratando de cambiar actitudes, pensamientos y acciones de los demás dejarlo a un lado y soltar., no saber decir NO, manipulación, asumir problemas ajenos, sentirse responsable de los demás)
- Culpa
- Se trabajó mucho con la rabia. y tristeza. Esto es bueno porque el no soltarla crea ansiedad
- Se trabajó mucho el abuso
- También la rabia con los padres
- El taller fue muy beneficioso porque pudieron compartir mutuamente alguna de sus limitaciones (impulsores), conocer sus metas, logros, etc.
- Hubo muy buena participación en el debate de las películas, así como también en los psicodramas.
- La terapia de respiración fue muy beneficiosa y la pueden seguir utilizando como herramienta en su recuperación.

AGRADECÍ PROFUNDAMENTE LA PARTICIPACIÓN.

Nota: Todas me obsequiaron regalos y tarjetas de agradecimiento.

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado . . . . .	1	2	3	4
2. Me siento seguro . . . . .	1	2	3	4
3. Estoy tenso . . . . .	1	2	3	4
4. Estoy contrariado . . . . .	1	2	3	4
5. Estoy a gusto . . . . .	1	2	3	4
6. Me siento alterado . . . . .	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo . . . . .	1	2	3	4
8. Me siento descansado . . . . .	1	2	3	4
9. Me siento ansioso . . . . .	1	2	3	4
10. Me siento cómodo . . . . .	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo . . . . .	1	2	3	4
12. Me siento nervioso . . . . .	1	2	3	4
13. Me siento agitado . . . . .	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar" . . . . .	1	2	3	4
15. Me siento reposado . . . . .	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho . . . . .	1	2	3	4
17. Estoy preocupado . . . . .	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido . . . . .	1	2	3	4
19. Me siento alegre . . . . .	1	2	3	4
20. Me siento bien . . . . .	1	2	3	4

# IDARE

## Inventario de Autoevaluación

SXR

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien . . . . .	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente . . . . .	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar . . . . .	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo . . . . .	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente . . . . .	①	②	③	④
26. Me siento descansado . . . . .	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" . . . . .	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas . . . . .	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia . . . . .	①	②	③	④
30. Soy feliz . . . . .	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho . . . . .	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo . . . . .	①	②	③	④
33. Me siento seguro . . . . .	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades . . . . .	①	②	③	④
35. Me siento melancólico . . . . .	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho . . . . .	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan . . . . .	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza . . . . .	①	②	③	④
39. Soy una persona estable . . . . .	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado . . . . .	①	②	③	④

*Nota: Esta forma es provisional y deberá usarse solamente para Estudios Académicos.*

#### **4. INVENTARIO BECK PARA LA DEPRESIÓN**

Lea con cuidado las expresiones agrupadas en las listas bajo cada letra, de la A a la U. En cada lista marque la(s) expresión(es) que describa(n) el estado de ánimo en que se encuentra hoy, es decir, en este preciso momento. Si dos o más expresiones dentro de un grupo describen el modo en que se siente con la misma precisión, márkelas también. Asegúrese de leer cuidadosamente todas las expresiones en cada grupo antes de decidir.

##### **A. Tristeza**

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste
- 2a. Estoy triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 2b. Estoy tan triste e infeliz que me resulta doloroso
- 3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

##### **B. Pesimismo**

- 0. No soy particularmente pesimista ni estoy desalentado respecto al futuro
- 1. Me siento desalentado respecto del futuro
- 2a. Siento que no tengo nada por delante que me espere
- 2b. Siento que jamás podré superar mis problemas
- 3. Siento que el futuro no tiene sentido y que las cosas no van a mejorar

##### **C. Sensación de fracaso**

- 0. No siento que yo sea un fracaso
- 1. Siento que he fracasado más que la mayoría de la gente
- 2a. Siento que he logrado muy poco que sea de valor o que signifique algo
- 2b. Cuando miro hacia atrás veo que mi vida es una serie de fracasos
- 3. Me siento un fracaso como persona

##### **D. Insatisfacción**

- 0. No me siento particularmente insatisfecho
- 1a. Me aburro la mayor parte del tiempo
- 1b. No disfruto de las cosas igual que antes
- 2. Ya no obtengo satisfacción de nada
- 3. Estoy insatisfecho de todo

##### **E. Culpa**

- 0. No me siento particularmente culpable
- 1. Me siento mal o poco importante buena parte del tiempo
- 2a. Me siento bastante culpable
- 2b. Ahora me siento mal o poco importante prácticamente todo el tiempo
- 3. Me siento como si fuera muy mala persona o alguien sin valor alguno

##### **F. Expectativa de castigo**

- 0. No siento que esté siendo castigado
- 1. Tengo la sensación de que algo malo me puede ocurrir
- 2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado
- 3a. Siento que merezco ser castigado
- 3b. Quiero ser castigado

**G. Desagrado por si mismo**

- 0. No me siento decepcionado de mi mismo
- 1a. Me siento decepcionado de mi mismo
- 1b. No me gusto
- 2. Siento desagrado por mi mismo
- 3. Me detesto

**H. Autoacusación**

- 0. No siento que se peor que las demás personas
- 1. Me critico por mi debilidad o por mis errores
- 2. Me culpo por mis faltas
- 3. Me culpo por todo lo malo que ocurre

**I. Ideas suicidas**

- 0. No tengo la menor intención de autodañarme
- 1. Pienso en hacerme daño, pero no lo haré
- 2a. Siento que sería mejor estar muerto
- 2b. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera
- 3a. Tengo planes precisos acerca de suicidarme
- 3b. Me mataría si pudiera hacerlo

**J. Llorar**

- 0. No lloro más de lo habitual
- 1. Ahora lloro más que antes
- 2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo
- 3. Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera

**K. Irritabilidad**

- 0. No estoy ahora más irritado que habitualmente
- 1. Me molesto o me irrito con más facilidad que antes
- 2. Me siento irritado todo el tiempo
- 3. Ya no me irrito de ninguna manera por cosas que antes me irritaban

**L. Indecisión**

- 0. Tomo decisiones igual que antes
- 1. Trato de posponer el momento de tomar decisiones
- 2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
- 3. Ya no puedo tomar ninguna clase de decisiones

**M. Insociabilidad**

- 0. No he perdido interés en las demás personas
- 1. Ahora me intereso menos por los demás que antes
- 2. He perdido casi todo el interés que sentía por los demás
- 3. He perdido todo interés en los demás y no me interesan en absoluto

**N. Cambio de la imagen corporal**

- 0. No me siento peor que antes
- 1. Me preocupa verme de más edad o con menos atractivos
- 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y que me quitan atractivos
- 3. Siento que mi aspecto es feo o que resulta repulsivo mirarme



**O. Lentitud en el trabajo**

- 0. Trabajo tan bien como antes
- 1a. Necesito un esfuerzo extra para ponerme a realizar un trabajo o tarea
- 1b. No trabajo tan bien como antes
- 2. Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- 3. No puedo hacer ninguna clase de trabajo

**P. Insomnio**

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre
- 1. Me despierto más cansado por la mañana ahora que antes
- 2. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me resulta difícil volver a dormirme
- 3. Me despierto temprano todos los días y no puedo dormir más de cinco horas

**Q. Fatiga**

- 0. No me canso más que antes
- 1. Me canso con más facilidad que antes
- 2. Me canso mucho aunque no haga nada
- 3. Me canso demasiado aunque no haga nada

**R. Anorexia**

- 0. Mi apetito no se ha deteriorado
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2. Mi apetito es ahora mucho menor
- 3. Ya no tengo apetito

**S. Pérdida de peso**

- 0. No he perdido peso últimamente, o muy poco
- 1. No he perdido más de dos kilos y medio
- 2. He perdido más de cinco kilos
- 3. He perdido más de siete kilos y medio

**T. Preocupación por la salud**

- 0. Mi salud no me preocupa más de lo habitual
- 1. Me preocupan mis dolores y molestias, o mi ardor de estómago o mi constipación
- 2. Estoy tan preocupado por cómo me siento o por lo que siento, que me resulta difícil pensar en otra cosa
- 3. Estoy completamente absorbido por lo que siento

**U. Pérdida de libido**

- 0. No he advertido ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo que antes
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3. He perdido por completo el interés en el sexo

## 5. INDICADORES DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

**Nombre:** H

Dibujo 1: figura humana de una mujer

1. Pelo sombreado y notable: conflicto sexual
2. Nariz cortada: temores de castración
3. Cuello delgado y largo: tendencias a lo relacionado con lo moral, educación
4. Brazos hacia fuera: necesidad de afecto, inseguridad, falta de cariño
5. Dedos en forma de lanzas: agresividad
6. Tronco anguloso: rasgos de masculinidad
7. Hombros pronunciados: envidia de pene
8. Piernas tensas y pegadas: neuróticos tensos

Dibujo 2: figura humana de un hombre

1. Pelo notable: conflicto sexual
2. Nariz cortada: temores de castración
3. Ojos acentuados: mirada paranoide
4. Cuello delgado y largo: tendencias a lo relacionado con lo moral, educación
5. Brazos hacia fuera: necesidad de afecto, inseguridad, falta de cariño
6. Dedos en forma de lanzas: agresividad
7. Tronco anguloso: rasgos de masculinidad
8. Hombros pronunciados: envidia del pene
9. Simetría: rigidez
10. Piernas tensas y pegadas: neuróticos tensos

**Nombre:** Y

Dibujo 1: figura humana de una mujer

1. Nariz cortada: temores de castración
2. Boca cóncava: dependencia
3. Ojos cerrados: alejado del mundo, narcisismo
4. Énfasis en el pelo: conflicto sexual
5. Brazos pegados al cuerpo: inhibición, agresividad reprimida
6. Tronco anguloso: rasgos de masculinidad
7. Hombros pronunciados: envidia del pene
8. Busto y caderas pronunciadas: madre productiva y dominante
9. Dibujo colocado a la izquierda: orientada a sí misma
10. Dibujo colocado en la parte superior: optimismo
11. Cambio brusco en la línea que divide la parte inferior del resto del cuerpo: conflicto en el área sexual

**Dibujo 2: figura humana de un hombre**

1. Omisión de la boca: alcohólicos crónicos, deprimidos, regresivos, mal hablados, mal humorados
2. Quijada de perfil prominente: indeciso, tratar de lucir enérgico y dominante
3. Ojos cerrados: alejado del mundo, narcisismo
4. Oreja pequeña: homosexualidad y rebeldía a la autoridad
5. Pelo largo y desordenado: conflicto sexual
6. Dedos en forma de lanzas: agresividad
7. Brazos abiertos: necesidad de afecto
8. Tronco anguloso: rasgos de masculinidad

**Nombre: E**

**Dibujo 1: figura humana de una mujer**

1. Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
2. Ojos vacíos y acentuados: paranoide, inmadurez emocional y egocentrismo
3. Boca cóncava: oralidad, dependencia
4. Pelo sombreado y notable: pujanza viril
5. Nariz cortada: temores de castración
6. Cuello corto: impulsividad
7. Brazos hacia fuera: necesidad de afecto, inseguridad, falta de cariño
8. Manos imprecisas: falta de confianza en los contactos sociales y productividad
9. Tronco anguloso: rasgos de masculinidad
10. Ubicación del dibujo izquierda y arriba: orientado en sí mismo, optimista
11. Piernas y pies (línea media): psicosexualmente inmaduro

**Dibujo 2: figura humana de un hombre**

1. Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
2. Boca cóncava: oralidad, dependencia
3. Nariz cortada: temores de castración
4. Ojos acentuados: mirada paranoide
5. Cuello corto: impulsividad
6. Brazos abiertos: necesidad de afecto, inseguridad, falta de cariño
7. Ausencia de manos: esquizofrénicos y deprimidos
8. No hay separación entre tronco y parte de abajo: conflicto con impulsos sexuales

**Nombre: T**

**Dibujo 1: figura humana de una mujer**

1. Ojos redondos en pupilas chicas: sentimientos de culpa de tendencias vouyeristas
2. Boca cóncava: oralidad, dependencia
3. Dibujo con figuras humanas pequeñas
4. Ubicación del dibujo en parte superior
5. Nariz cortada: temores de castración
6. Borraduras: ansiedad
7. Ausencia de manos: se observa en personas deprimidas y esquizofrénicas

**Dibujo 2: figura humana de un hombre**

1. Pelo desordenado: conflicto sexual
2. Transparencia de orejas en el pelo:
3. Dedos sin manos: agresividad infantil
4. Ausencia de cuello: regresión
5. Boca cóncava: dependencia, oralidad
6. Dibujo pequeño: deprimido
7. Ubicación en la parte superior y central: tendencias paranoides y optimismo
8. Ojos con pupilas pequeñas: sentimientos de culpa por tendencias vouyeristas

**Nombre: D**

**Dibujo 1: figura humana de una mujer**

1. Ubicación superior izquierda: centrado en sí mismo, y optimista
2. Tamaño de dibujos pequeños: depresión
3. Nariz cortada: temores de castración
4. Manos atrás: culpa por masturbación
5. Ojos vacíos: aislamiento
6. No hay separación entre cuerpo y parte inferior: conflicto en el área sexual

**Dibujo 2: figura humana de un hombre**

1. Simetría: rigidez
2. Línea media: rigidez
3. Manos atrás: culpa por masturbación
4. Énfasis en el pelo: conflicto sexual
5. Colocación del dibujo izquierda y superior: optimismo y orientado a sí mismo
6. Dibujo pequeño: depresión
7. Ojos vacíos: aislamiento

**Nombre: P**

**Dibujo 1: figura humana de una mujer**

1. Dibujo desordenado: impulso desordenado, excitación maníaca, o pensamiento esquizofrénico
2. Pecho grande (borraduras en esta área): área de conflicto con la madre dominante
3. Quijada acentuada: sujetos indecisos, trata de lucir dominante
4. Cabello largo y acentuado: conflicto sexual
5. Dibujo desnudo: regresivo
6. Manos tocando genitales: área de conflicto
7. Brazos hacia fuera: necesidad de amor y apoyo, inseguridad
8. Labios exhibicionistas: deseos de exhibir para que presten atención
9. No hay separación entre distintas partes del cuerpo
10. Dibujo de perfil: evasión
11. Tamaño del dibujo grande: maníaco, paranoide

**Dibujo 2: figura humana de un hombre**

1. Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
2. Boca cóncava: oralidad, dependencia
3. Ojos grandes y pupilas pequeñas: culpa por tendencias voyeristas
4. Nariz grande: conflictos sexuales
5. Ausencia de cuello: regresivos
6. Tamaño del dibujo grande: maníacos, paranoides
7. Brazos pegados: inhibido, agresivo
8. Hombros acentuados: rasgos masculinos

**Nombre: C**

**Dibujo 1: figura humana de una mujer**

1. Tamaño del dibujo grande: maníaco, paranoide
2. Colocación del dibujo en el centro: paranoide
3. Brazos cerca del cuerpo: inhibición, agresividad
4. Simetría: rigidez
5. Hombros acentuados: rasgos masculinos
6. Cuello pequeño: malhumorado, impulsivo
7. Brazos largos: índice de ambición
8. Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
9. Ojos acentuados: rasgos paranoides
10. Transparencia en los pies: dificultades sexuales

**Dibujo 2: figura humana de un hombre**

1. Acentuación de cabello (en la cabeza, bigote, y barba): conflicto sexual
2. Borraduras: ansiedad
3. Boca cóncava: oralidad, dependencia
4. Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
5. Ojos grandes y acentuados: mirada paranoide
6. Ausencia de cuello: regresivos
7. Simetría: rigidez
8. Tamaño de dibujo grande: maníaco, paranoide
9. Ubicación del dibujo en la parte central: paranoide

**Nombre: I**

**Dibujo 1: figura humana de una mujer**

1. Dibujos grandes: maníaco, paranoide
2. Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
3. Nariz grande: conflictos e impotencia sexuales
4. Ojos reforzados: paranoide
5. Sombrero: símbolo fálico
6. Hombros acentuados: rasgos masculinos
7. Énfasis en el cabello. Pujanza viril
8. Transparencias de orejas en el cabello: rasgos paranoide, esquizoide, sensibilidad a la crítica de los demás, etc.
9. Transparencia en los pies: conflicto sexual
10. Simetría: rigidez
11. Ropa bien elaborada: obsesivo

**Dibujo 2: figura humana de un hombre**

1. Simetría: rigidez
2. Brazos largos: índice de ambición
3. Separación entre cuello y cuerpo: no hay un adecuado manejo de los impulsos.
4. Nariz acentuada: conflicto e impotencia sexual
5. Pelo notable: conflicto sexual
6. Boca cóncava: dependencia, oralidad
7. Dedos en forma de lanzas: agresividad
8. Tamaño de dibujo grande: paranoide, maníaco
9. Ubicación del dibujo en el centro: paranoide
10. Tronco anguloso: rasgos de masculinidad
11. Hombros pronunciados: envidia del pene

**Nombre:** A

**Dibujo 1:** figura humana de una mujer

1. Cabello acentuado
2. Labios en forma de cupido: exhibicionismo
3. Boca acentuada: dependencia
4. Brazos cerca del cuerpo: inhibición, agresividad reprimida
5. Simetría: rigidez
6. Borraduras: ansiedad
7. Tamaño del dibujo grande: maníaco, paranoide
8. Dibujo ubicado en el centro: paranoide
9. Adornos: narcisismo por la ropa

**Dibujo 2:** figura humana de un hombre

1. Cabello acentuado: conflicto sexual
2. Bigotes: sexualidad
3. Ubicación del dibujo en la parte inferior: deprimido
4. Tamaño del dibujo grande: paranoide
5. Borraduras: ansiedad
6. Simetría: rigidez
7. Hombros y tronco masculino: rasgos masculinos y envidia del pene
8. Ojos vacíos: aislamiento
9. cejas acentuadas: pujanza viril

T.

C





T.

2



1.

3



TITO  
14



MANUEL  
17



SERAFINA  
14

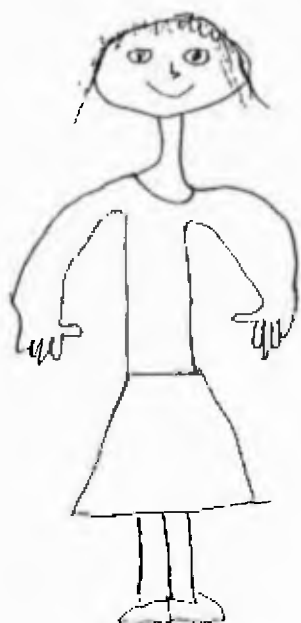
E.



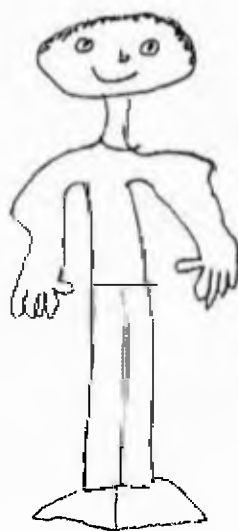
£.

2

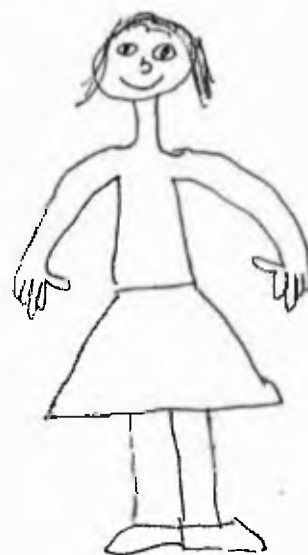




Dilva  
36

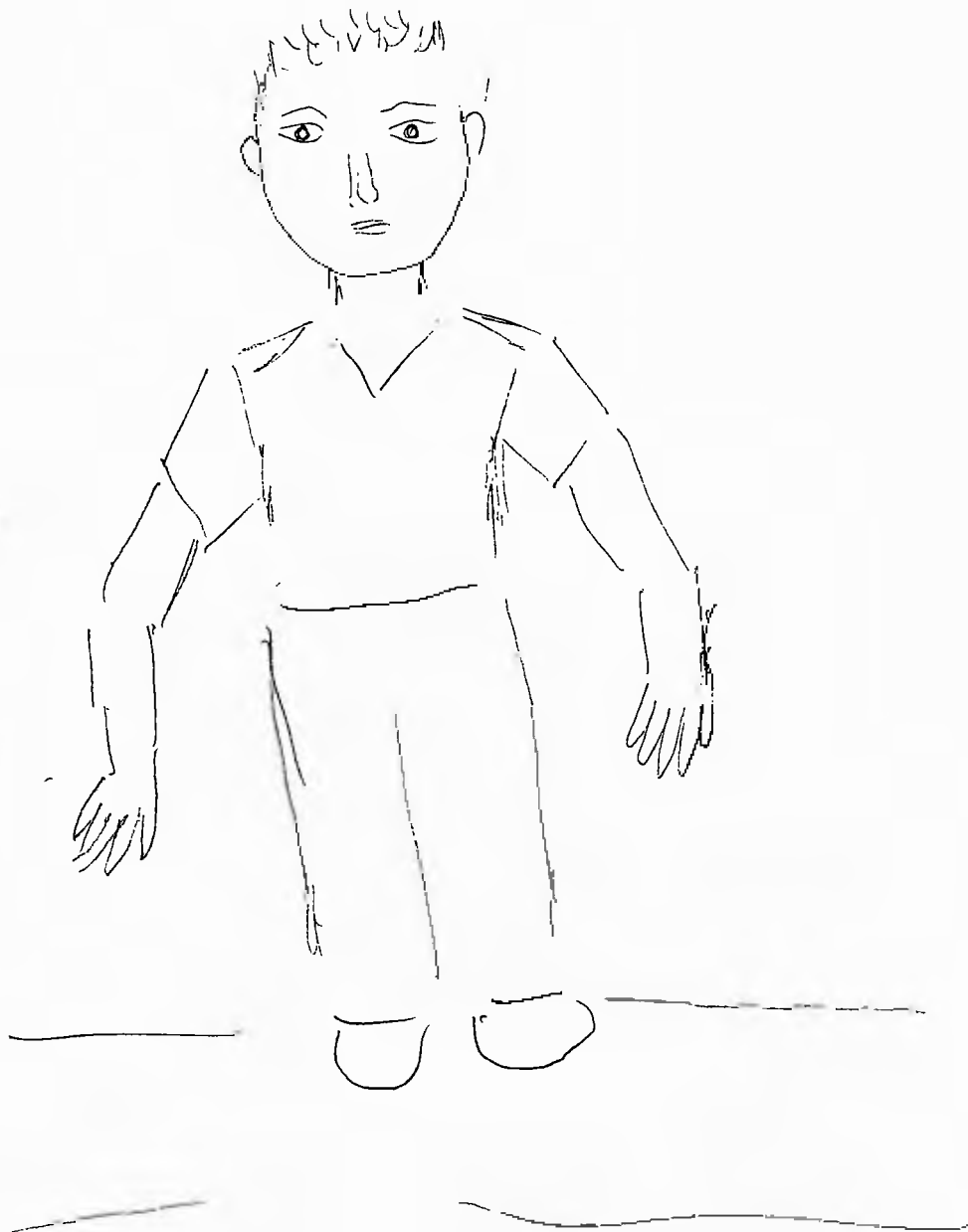


Fernando  
29



Ayda  
24

II



I.



II

EMMA 53



GRACIE 53

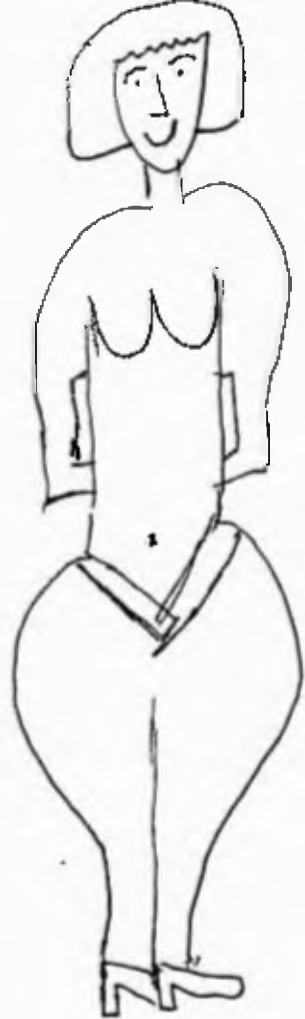


235  
JORGE A.





γ.



1.





ARACELY  
25

Y.

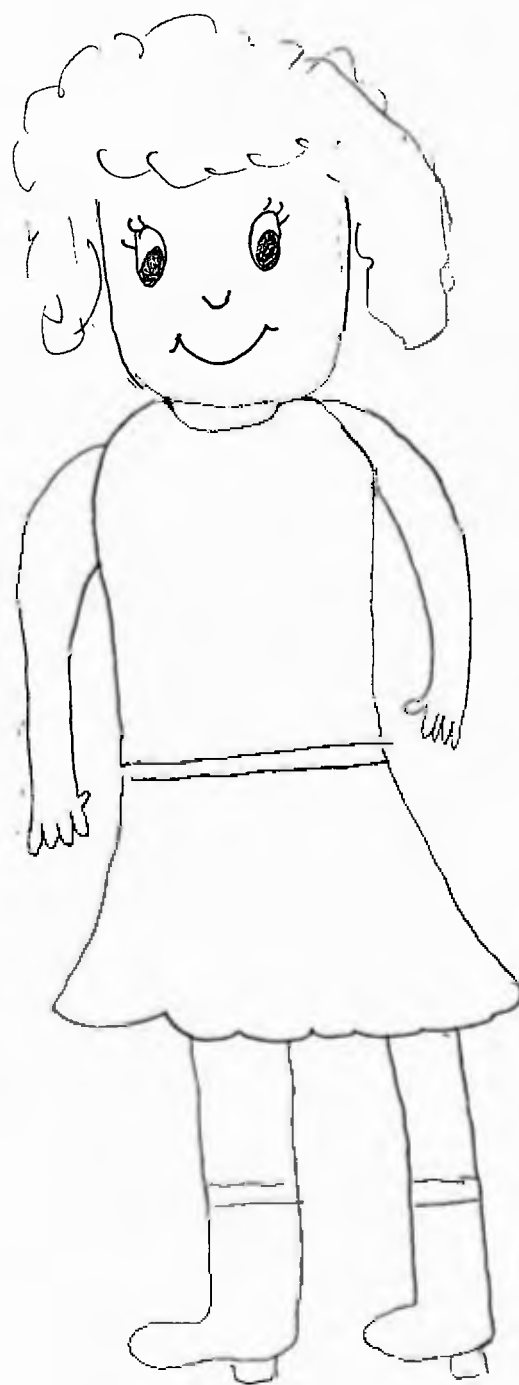


Lurey  
22

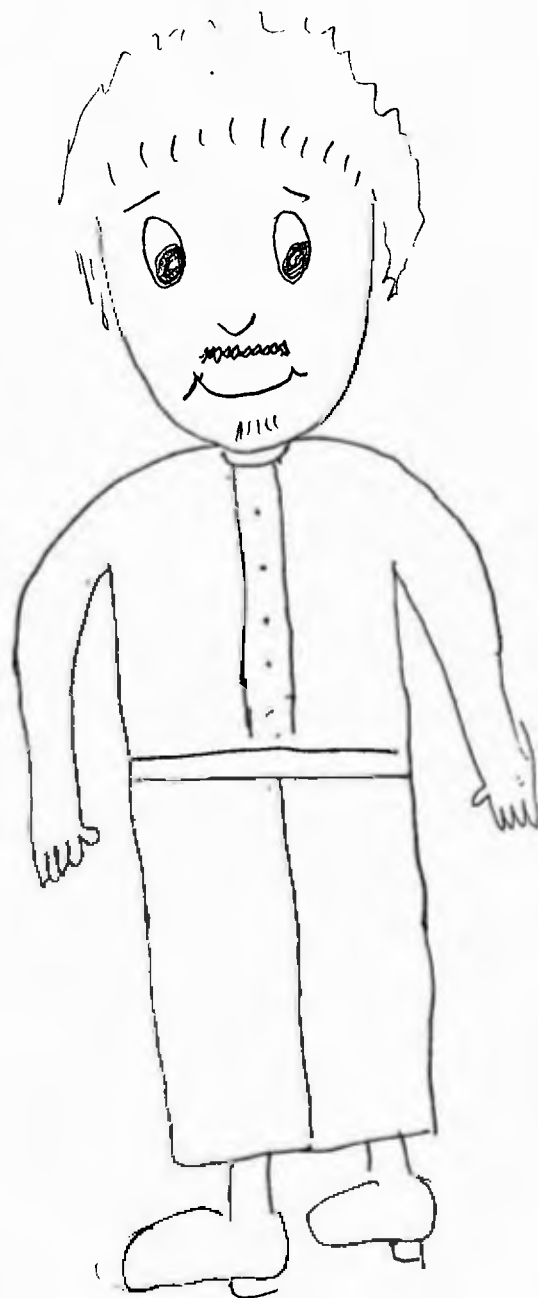


Pedro  
23

C.



C.

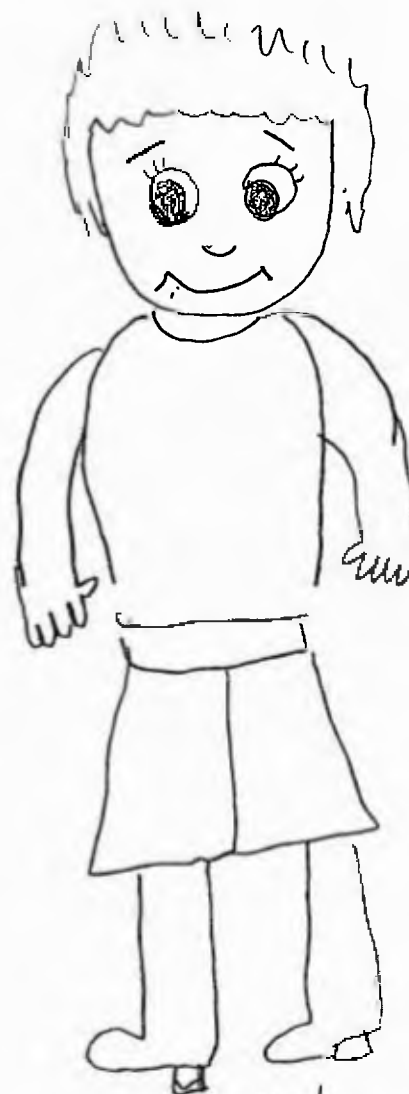


C.



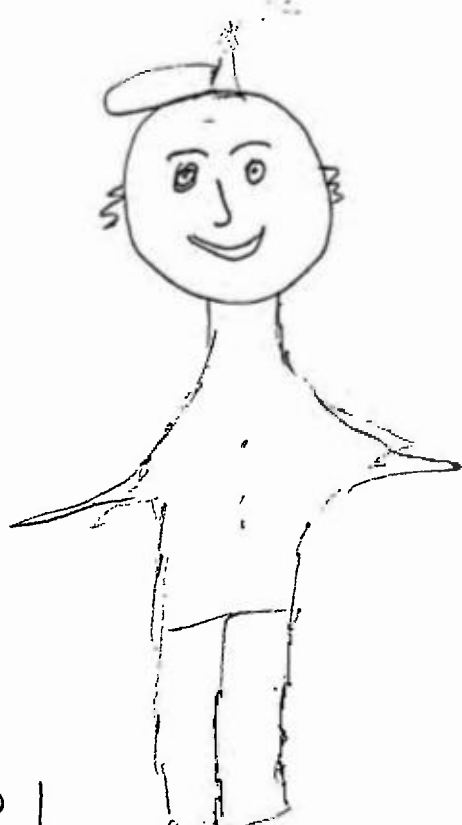
milly

ali

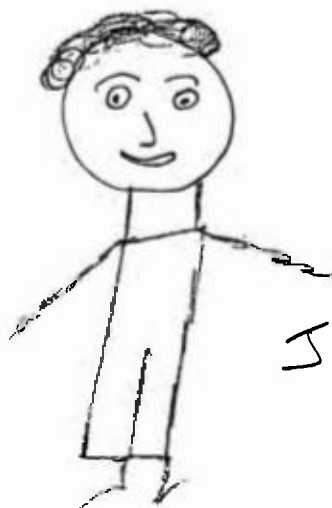


Dr Rafa

E.



Pedro 34

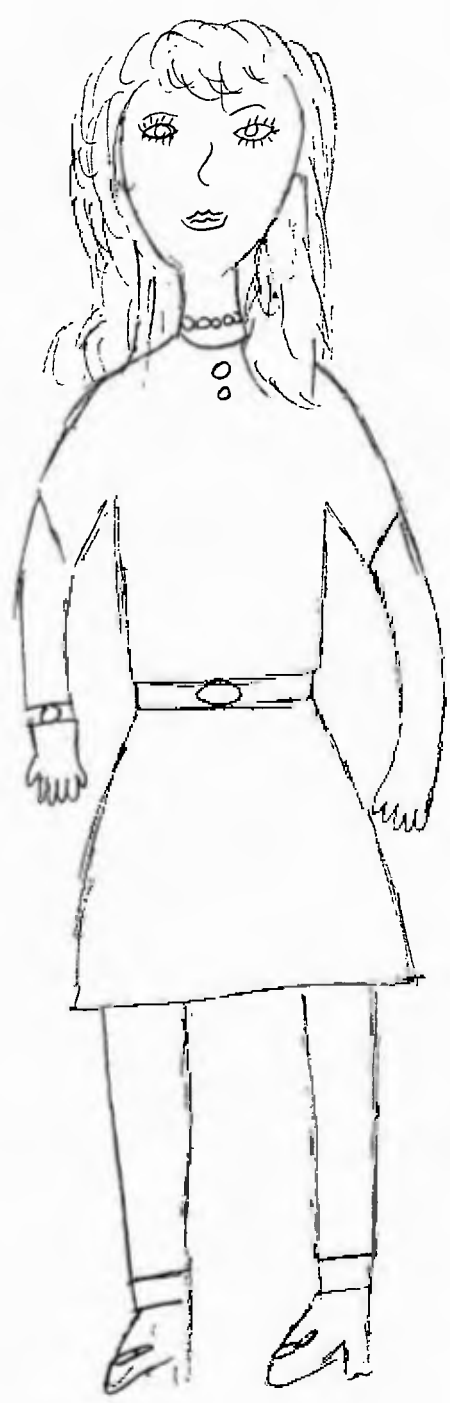


Juan 28



Erika  
30

A.





A.

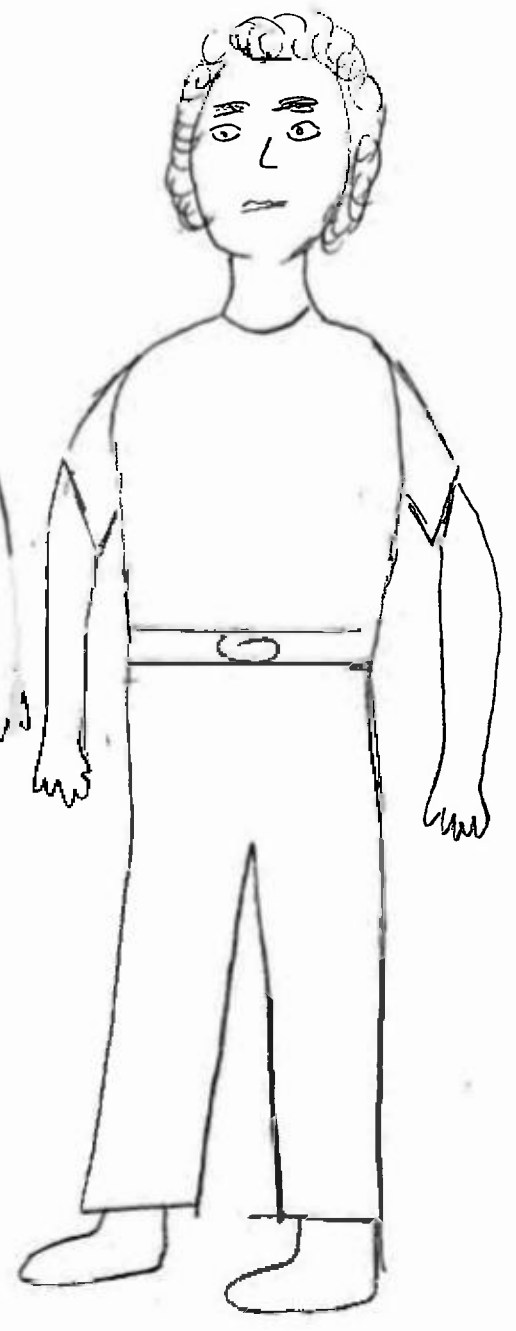
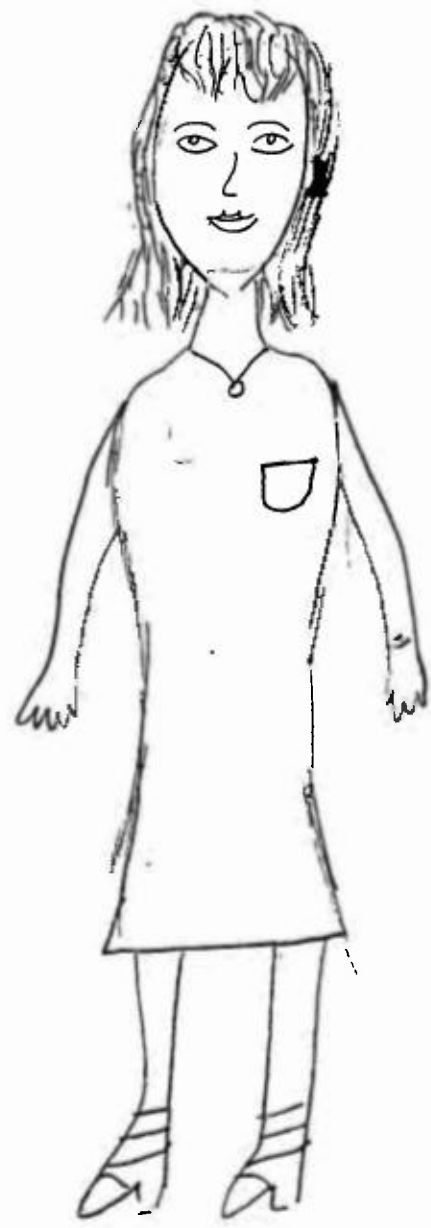


A.

marcel 20 ans

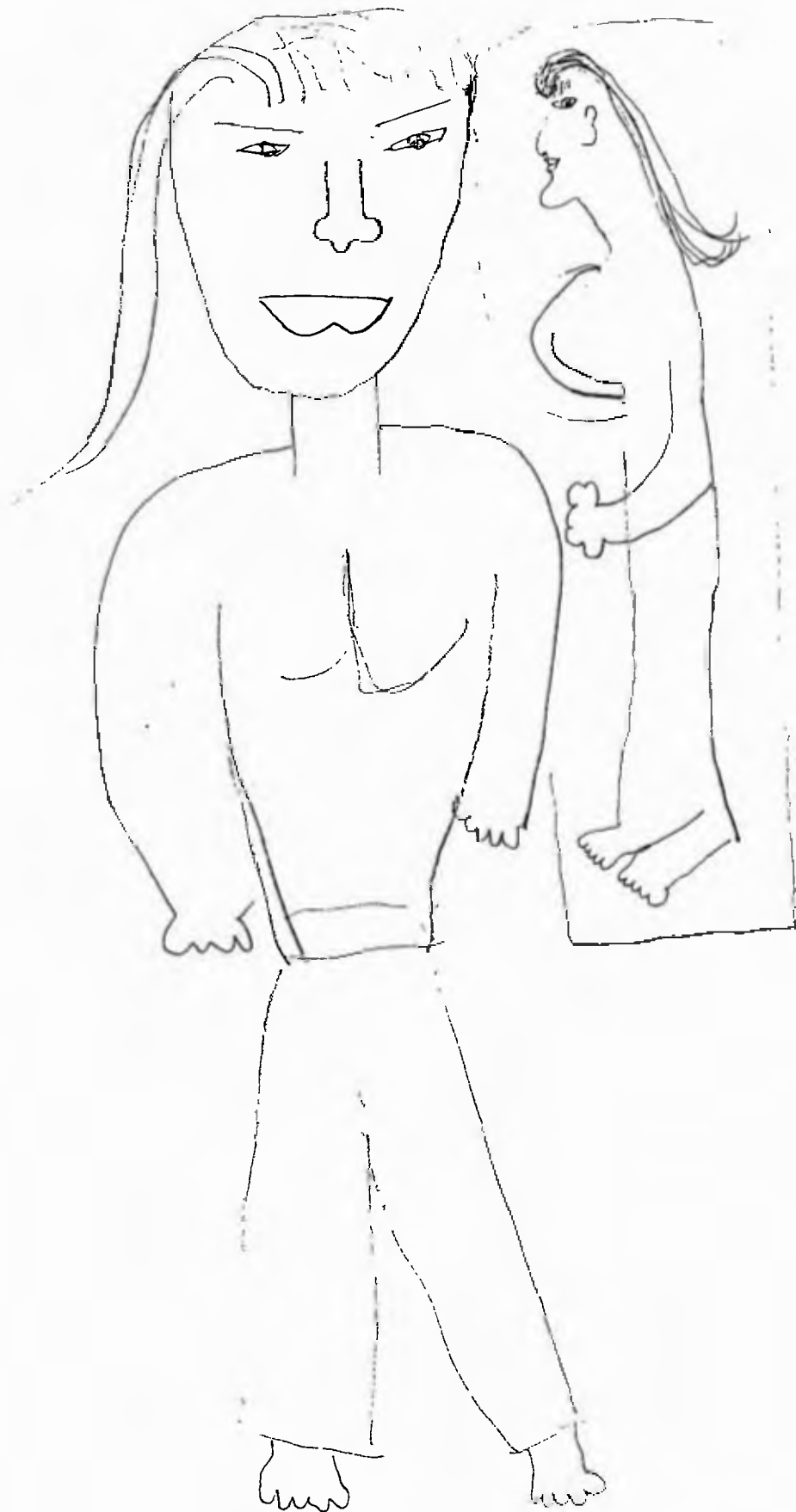
Lili 17

Pedro 24 ans



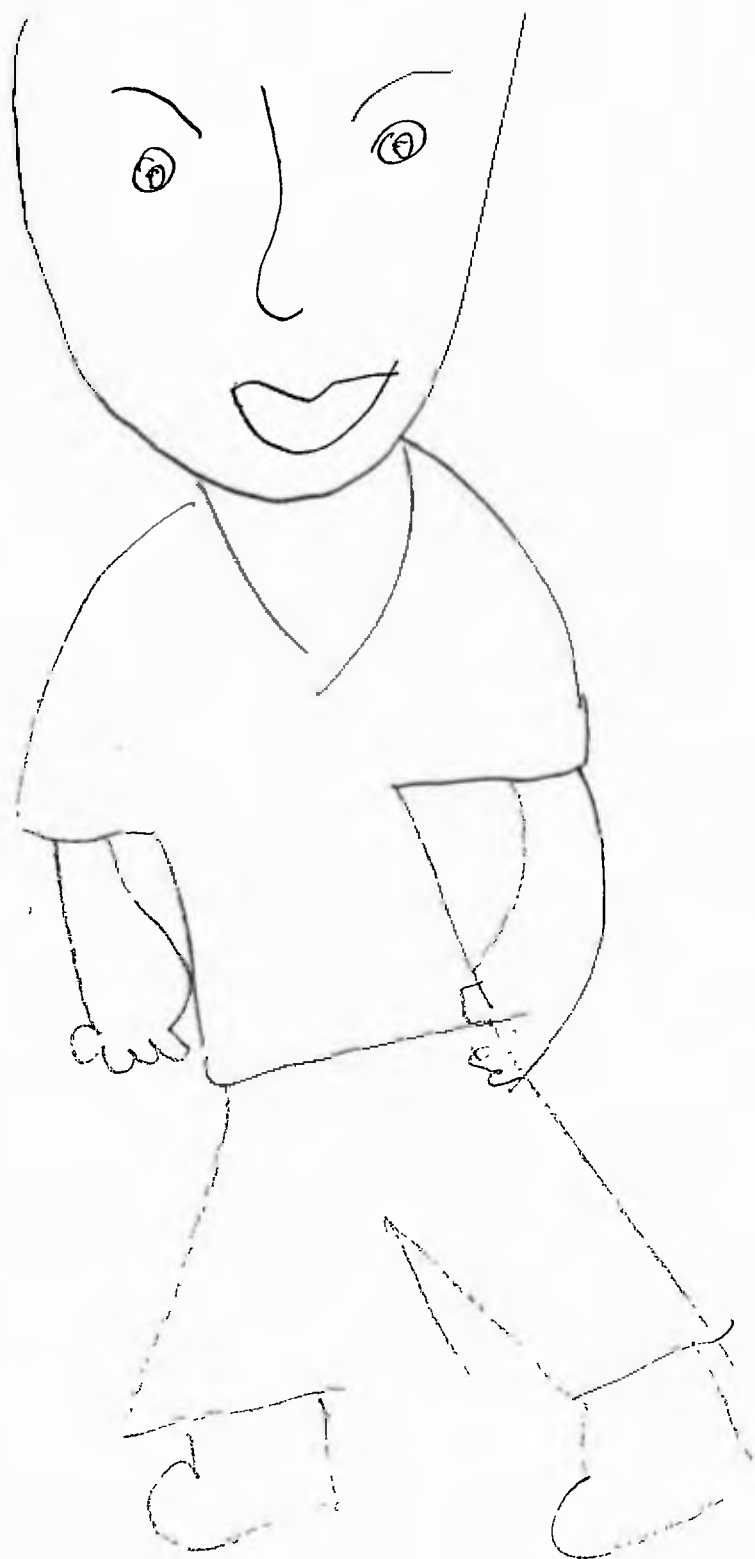
P.

①



ana C.

P.



P.

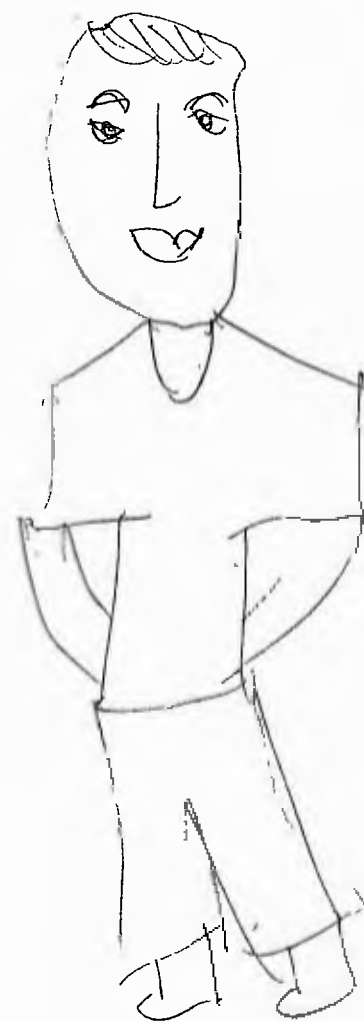
3



Ana Carmen  
25



Paola  
23



Oscar  
24

e

D.



D.



D.

31



Marta  
25 años



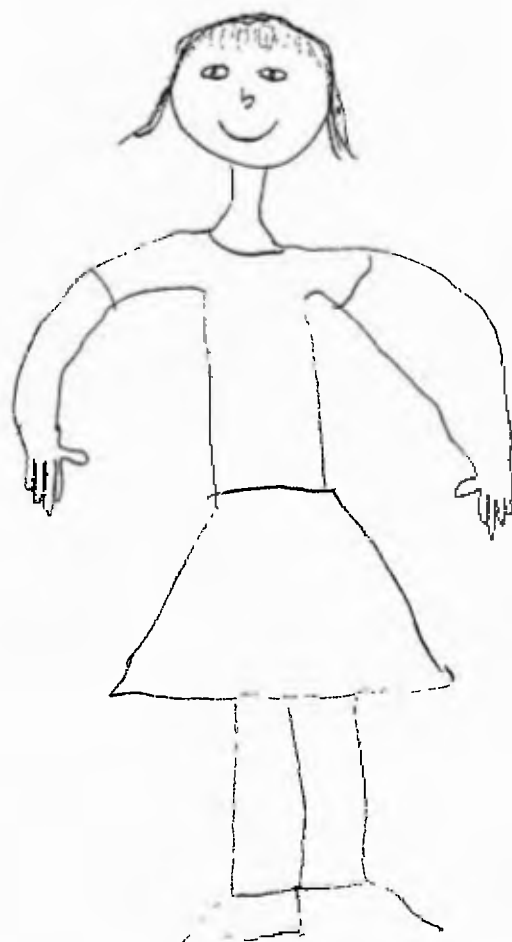
Cristy  
15 años



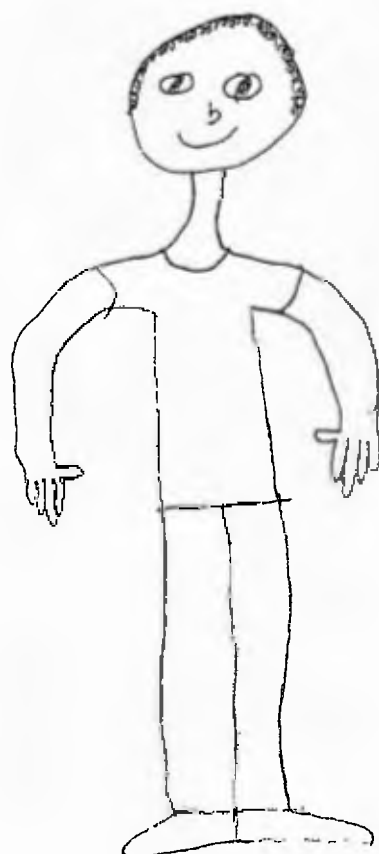
Jose  
17 años



H.



H.



## 6. INDICADORES DEL H-T-P (CASA-ÁRBOL-PERSONA)

**Nombre:** H

### 1. Casa:

- Puerta pequeña: Problemas para establecer contacto con el ambiente. Inhibición de la capacidad de relación social.
- Humo: conflictos en la situación de la casa. Presiones ambientales, preocupación sexual
- Ausencia de línea de suelo: problemas de contacto con la realidad
- Detalles excesivos: obsesivo, ansioso
- Puerta cerrada: defensas
- Ventanas numerosas: exhibicionismo

### 2. Árbol:

- Ubicación central: rigidez
- Transparencias: pobre relación con la realidad
- Carencia de detalles: aislamiento
- Garabateada: labilidad

### 3. Persona:

- Ubicación derecha: preocupación ambiental, anticipación del futuro, estabilidad, control, habilidad para retrasar la gratificación
- Énfasis en los brazos: fuerte necesidad de logro, agresión
- Ojos con pupilas pequeñas
- Bocas cóncava: dependencia
- Piernas juntas: rigidez
- Cabello enfatizado: preocupación sexual
- Énfasis en el cuello: necesidad de control

**Nombre:** J

### 1. Casa

- Colocación izquierda: aislamiento, regresión, organicidad, preocupación por sí mismo, impulsividad
- Carencia de detalles: aislamiento
- Omisión de la chimenea: falta de afecto en el hogar
- Puerta cerrada: defensas
- Ausencia de ventanas: aislamiento

## 2. Árbol

- No dibujó un árbol. Hay una carencia de detalles, ya que un árbol no es igual que las palmeras. Le falta al dibujo ramas así que esto significa indicación de aislamiento.

## 3. Persona

- Nariz cortada: temores de castración
- Boca cóncava: dependencia
- Ojos cerrados: alejado del mundo, narcisismo
- Énfasis en el pelo: conflicto sexual
- Brazos pegados al cuerpo: inhibición, agresividad reprimida
- Tronco anguloso: rasgos de masculinidad
- Hombros pronunciados: envidia del pene
- Busto y caderas pronunciadas: madre productiva y dominante
- Cambio brusco en la línea que divide la parte inferior del resto del cuerpo: conflicto en el área sexual

**Nombre: A**

## 1. Casa

- Puerta pequeña: inadecuación, indecisión
- Carencia de detalles: aislamiento
- Ausencia de ventanas: aislamiento
- Hierbas (accesorio adicionales): ansiedad
- Puerta cerrada: defensividad

## 2. Árbol

- Fruta: dependencia, inmadurez
- Ausencia de detalles: aislamiento

## 3. Persona

- Ojos vacíos: aislamiento
- Sombrero: símbolo fálico
- Manos con contornos en forma de punta: agresividad
- Boca pequeña: deprimidos, alcohólicos crónicos

**Nombre: E**

**1. Casa**

- Transparencia en las paredes: deterioro en criterio de realidad
- Cortinas: aislamiento, evasión
- Puerta pequeña: inadecuación, indecisión
- Humo hacia un lado: conflictos en la situación de la casa. Presiones ambientales, preocupación sexual

**2. Árbol**

- Ausencia de ramas: aislamiento
- Copa garabateada: labilidad

**3. Persona**

- Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
- Ojos vacíos y acentuados: paranoide, inmadurez emocional y egocentrismo
- Boca cóncava: oralidad, dependencia
- Pelo sombreado y notable: pujanza viril
- Nariz cortada: temores de castración
- Ausencia de cuello: regresión
- Brazos hacia fuera: necesidad de afecto, inseguridad, falta de cariño
- Manos imprecisas: falta de confianza en los contactos sociales y productividad
- Tronco anguloso: rasgos de masculinidad
- Resistencia a dibujar pies: deprimido, inseguridad personal

**Nombre: C**

**1. Casa**

- Techo grande: fantasía, apartado del contacto con el contacto interpersonal
- Ausencia de chimenea: aislamiento
- Ventanas excesivas: exhibicionismo,
- Puerta abierta: sed de afecto emocional, espera recibirla de afuera

**2. Árbol**

- Ausencia de detalles: aislamiento
- Raíces delgadas: poco contacto con la realidad

### 3. Persona

- Tamaño del dibujo grande: maníaco, paranoide
- Colocación del dibujo en el centro: paranoide
- Brazos cerca del cuerpo: inhibición, agresividad
- Hombros acentuados: rasgos masculinos
- Cuello pequeño: malhumorado, impulsivo
- Brazos largos: índice de ambición
- Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
- Ojos acentuados: rasgos paranoides

**Nombre: P**

#### 1. Casa

- Carencia de detalles: aislamiento
- Ausencia de chimenea: aislamiento
- Énfasis de techo: introversión, fantasía

#### 2. Árbol

- Ausencia de detalles: aislamiento
- Frutas: dependencia, inmadurez
- Transparencia en las raíces: falta de contacto con la realidad

#### 3. Persona

- Brazos largos: índice de ambición
- Boca cóncava: oralidad, dependencia
- Labios en forma de cupido: exhibicionismo
- Énfasis en pelo: pujanza viril, conflicto sexual
- Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
- Ojos cerrados: aislamiento

**Nombre: T**

#### 1. Casa

- Humo inclinado: conflictos en la situación de la casa. Presiones ambientales, preocupación sexual
- Ventana con cortina: aislamiento, evasión
- Puerta cerrada: defensividad

## 2. Árbol

- Ramas excesivas: compensación, manía
- Detalles excesivos: aislamiento

## 3. Persona

- Ojos redondos en pupilas chicas: sentimientos de culpa de tendencias voyeuristas
- Boca cóncava: oralidad, dependencia
- Dibujo con figuras humanas pequeñas
- Nariz cortada: temores de castración
- Borraduras: ansiedad
- Ausencia de manos: se observa en personas deprimidas y esquizofrénicas

**Nombre: I**

## 1. Casa

- Ausencia de detalles: aislamiento
- Omisión de ventanas: aislamiento
- Puerta cerrada: defensividad
- Transparencias: pérdida de contacto con la realidad

## 2. Árbol

- Líneas de tronco reforzadas: necesidad de mantener integridad de la personalidad
- Ramas excesivas: compensación, manía
- Carencia de detalles: aislamiento
- Ramas altas: búsqueda de fantasía

## 3. Persona

- Cabeza grande: frustración intelectual, paranoide, narcisista, vanidoso, egocéntrico
- Ojos acentuados: paranoide
- Borraduras en la boca: área de conflicto
- Cuello corto: impulsividad
- Brazos juntos: inhibición, agresividad reprimida
- No hay distinción entre la parte superior e inferior del cuerpo: incapacidad para controlar los impulsos.
- Sombrero: símbolo fálico

**Nombre: D**

**1. Casa:**

- Transparencias en las paredes: pérdida de contacto con la realidad
- Puerta cerrada: defensividad
- Ausencia de detalles: aislamiento
- Ausencia de chimenea: aislamiento
- Énfasis en las ventanas: ambivalencia social

**2. Árbol**

- Ausencia de detalles: aislamiento

**3. Persona**

- Bigote: pujanza viril
- Énfasis en el pelo: pujanza viril
- Manos atrás: culpa por masturbación
- Ropa bien elaborada: narcisismo por la ropa
- Línea media con botones y correa: rigidez
- Simetría: rigidez
- Dibujo pequeño: deprimidos



cosa de un video  
Feliz sala - x q'  
la grande  
- infeliz Atico -  
x oscuro -



Corrada  
- si hay  
- pero



VIVO - OTONO

52A

recuerdos de dibujos de  
arboles.



4090  
5A

el hermano de amigo

E.



- Asienta
- DE ella
- NO spara
- enfila b toda



VIVO  
G A  
NO recordo



Rosa  
35A  
naix

A.

- entre chenta  
el Sr Saliv -

- la esposa está

- cosa tu tía

- toda feliz

- ninguno

→ con de malicia



vivo

40A

- abuela (catal  
de moración)

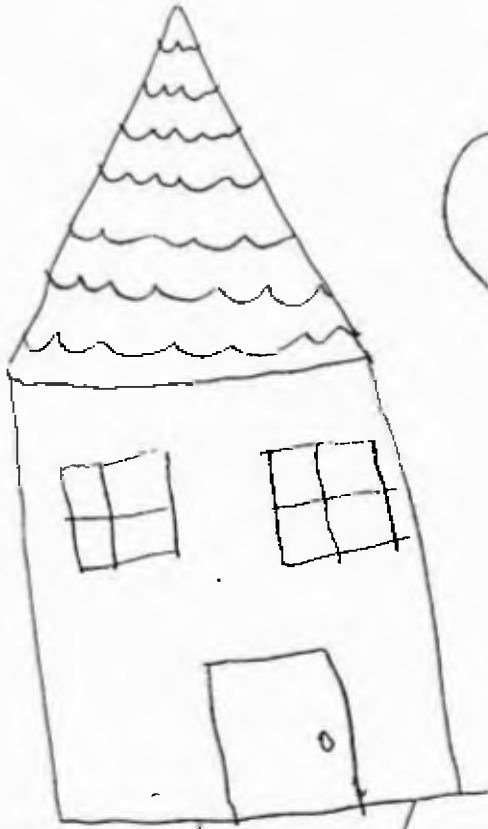


Pití Esposo del Ca hermano de su abuela  
05A

P.

4

errata  
Madre  
Nuevo: Abuela  
nieto = cuento abuela  
Feliz piscina



40A

Aldo

NO

Vivo

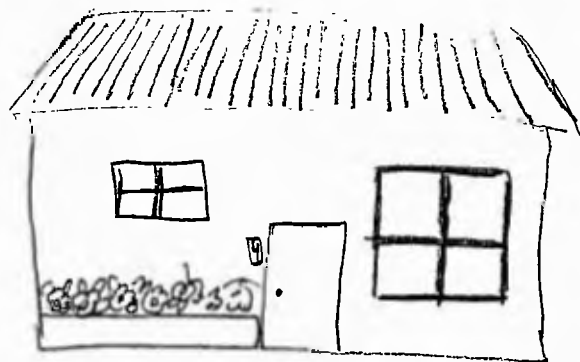
20A

pero donde  
jugaba al  
calimpo

D.

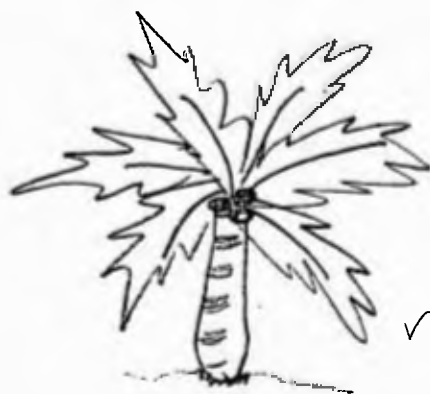
4

①



- cerrada
- dilva
- no hay nadie
- el negocio
- no tiene
- patio

②

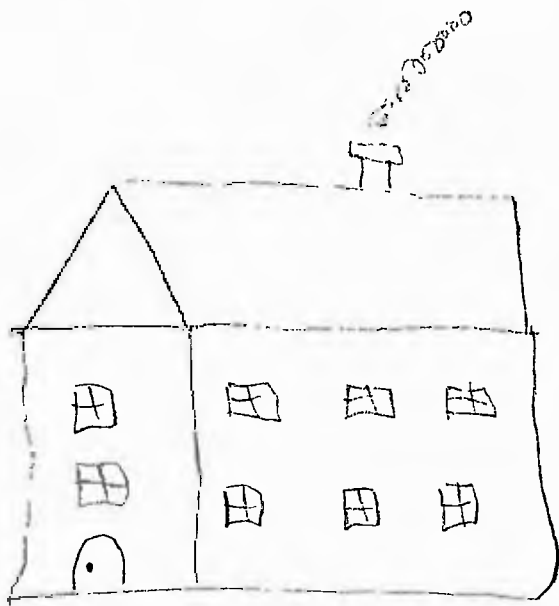


vivo  
17 A

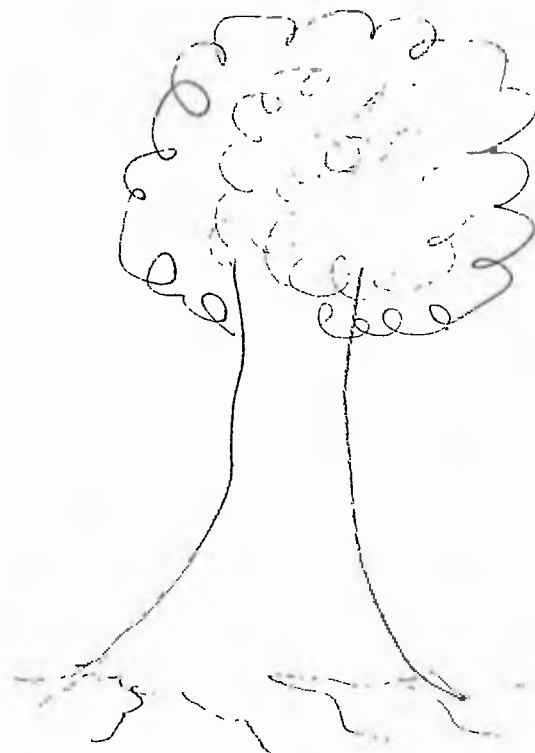
③



PAPA 76 A



abreita  
 su paila y pino  
 a - su lado.  
 - su canto. feliz



2,000 A  
 vivo  
 Lm de Cas Puen m  
 de Puen vigo



Nida  
 24 A

II.



cerada  
 lugar a Ilumin  
 a la casa es le gusta  
 - felicitación y un pequeño  
 espacio y puede estar  
 sola  
 - No hay lugar fuerte



VIVO  
 ISÁ

- cuenta el día, semana y  
 el día - semana / semana  
 - VIDA



HISA  
 SA



Cerrada  
Nadie  
ningun recuerdo

T.



18 A  
vivo → La playa (recuerdo)

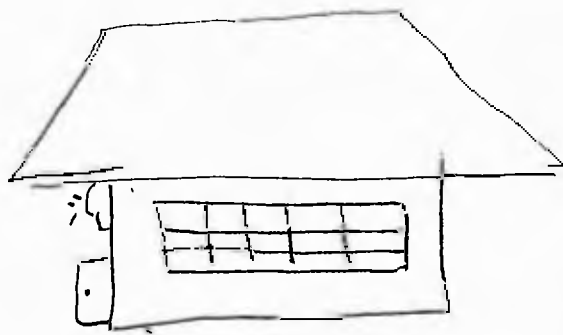


La hermana de su cuñado

ARACELY  
C.S.R.



C.



- Abierta -
- celmaria con
- der hijo
- la casa es de celmaria
- + treste - No hay
- + Al Ene - "



7 A  
viro  
Polo de  
hango donde  
vivis ante



cecilia 20A

## 7. PROTOCOLO DEL TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

Hora de iniciación: \_\_\_\_\_ Hora de finalización \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Pienso que mi padre rara vez.....
2. Cuando llevo las perder.....
3. Siempre quise.....
4. Si yo tuviera autoridad.....
5. El futuro me parece.....
6. Los hombres que son mis superiores.....
7. Se que es tonto, pero tengo miedo de.....
8. Pienso que un verdadero amigo.....
9. Cuando era niño.....
10. Mi idea de una mujer perfecta.....
11. Cuando veo un hombre y una mujer juntos.....
12. Comparada con la mayoría de las familias, la mía.....
13. En el trabajo me llevo mejor con.....
14. Mi madre.....
15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez que.....
16. Ojalá mi padre.....
17. Creo que tengo capacidad para.....
18. Sería completamente feliz si.....
19. Si tuviera gente trabajando para mi.....

20. Anheló.....
21. En la escuela, mis maestros.....
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de.....
23. No me gusta la gente que.....
24. Antes de la guerra, yo.....
25. Creo que la mayoría de las chicas.....
26. Mi opinión sobre la vida matrimonial es.....
27. Mi familia me trata como.....
28. Las personas con las que trabajo son.....
29. Mi madre y yo.....
30. Mi mayor error fue.....
31. Quisiera que mi padre.....
32. Mi mayor debilidad es.....
33. Mi ambición secreta en la vida.....
34. La gente que trabaja para mí.....
35. Algún día yo.....
36. Cuando veo venir a mi jefe.....
37. Quisiera perder el temor de.....
38. La gente que más me gusta.....
39. Si fuera joven otra vez.....
40. Creo que la mayoría de las mujeres.....
41. Si tuviera relaciones sexuales.....
42. La mayoría de las familias que conozco.....

43. Me gusta trabajar con personas que.....
44. Creo que la mayoría de las madres.....
45. Cuando era más joven, me sentía culpable por.....
46. Siento que mi padre es.....
47. Cuando la suerte me es adversa.....
48. Cuando doy órdenes a los demás yo.....
49. Lo que más quiero de la vida.....
50. Cuando sea más viejo.....
51. Las personas a las que considero mis superiores.....
52. Mis temores me obligan a veces a .....
53. Cuando yo no estoy cerca, mis amigos.....
54. Mi recuerdo infantil más vívido.....
55. Lo que menos me gusta en las mujeres.....
56. Mi vida sexual.....
57. Cuando era niño, mi familia.....
58. Las personas que trabajan conmigo, habitualmente.....
59. Me gusta mi madre, pero.....
60. Lo peor que hice hasta ahora.....

**Test de Frases Incompletas de SACKS.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Hora de inicio:** \_\_\_\_\_ **Hora de finalización:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad :** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**I.- Actitud frente a la Madre.**

**Puntaje:** \_\_

- 14. Mi madre .....
- 29. Mi madre y yo.....
- 44. Creo que la mayoría de las madres .....
- 59. Me gusta mi madre pero.....

**Resumen Interpretativo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II.- Actitud frente al Padre.**

**Puntaje:** \_\_

- 1. Pienso que mi padre rara vez .....
- 16. Ojalá mi padre.....
- 31. Quisiera que mi padre .....
- 46. Siento que mi padre es.....

**Resumen Interpretativo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III.- Actitud frente al grupo familiar.**

**Puntaje:**\_\_

- 12. Comparada con la mayoría de las familias la mía.....
- 27. Mi familia me trata como.....
- 42. La mayoría de las familias que conozco.....
- 57. Cuando era niño mi familia.....

**Resumen Interpretativo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV.- Actitud Frente a las Mujeres**

**Puntaje:**\_\_

- 10. Mi idea de una mujer perfecta.....
- 25. Creo que la mayoría de las chicas.....
- 40. Creo que la mayoría de las mujeres.....
- 55. Lo que menos me gusta en las mujeres.....

**Resumen Interpretativo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V.- Actitud frente a las Relaciones Heterosexuales**

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

- 11. Cuando veo un hombre y una mujer juntos.....
- 26. Mi opinión sobre la vida matrimonial es .....
- 41. Si tuviera relaciones sexuales.....
- 56. Mi vida sexual .....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

---

**VI.- Actitud frente a los Amigos y Conocidos**

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

- 8. Pienso que un verdadero amigo.....
- 23. No me gusta la gente que.....
- 38. La gente que más me gusta .....
- 53. Cuando yo no estoy cerca mis amigos .....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

---

**VII.- Actitud frente a los Superiores en el Trabajo**

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

- 6. Los hombres que son mis superiores.....
- 21. En la escuela, mis maestros.....
- 36. Cuando veo venir a mi jefe.....
- 51. Las personas a las que considero mis superiores .....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

---

**VIII.- Actitud frente a los Subordinados**

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

- 4. Si yo tuviera autoridad.....
- 19. Si tuviera gente trabajando para mí .....
- 34. La gente que trabaja para mí.....
- 48. Cuando doy órdenes a los demás yo.....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

---

**IX.- Actitud frente a los Colegas en el Trabajo**

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

- 13. En el trabajo me llevo mejor con .....

28. Las personas con las que trabajo son .....  
43. Me gusta trabajar con personas que .....  
58. Las personas que trabajan conmigo habitualmente.....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

---

**X.- Temores**

**Puntaje: \_\_**

7. Se que es tonto, pero tengo miedo de.....  
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de.....  
37. Quisiera perder el temor .....  
52. Mis temores me obligan a veces a.....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

---

**XI.- Sentimientos de Culpa**

**Puntaje: \_\_**

15. haría cualquier cosa por olvidar la vez que .....  
30. Mi mayor error fue .....  
45. Cuando era más joven me sentía culpable por .....  
60. Lo peor que hice hasta ahora .....

*Resumen Interpretativo:* \_\_\_\_\_

---

**XII.- Actitud frente a las Propias Capacidades**

**Puntaje: \_\_**

2. Cuando llevo las perder.....  
17. Creo que tengo capacidad para .....  
32. Mi mayor debilidad es .....  
47. Cuando la suerte me es adversa .....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

---

**XIII.- Actitud frente al Pasado**

**Puntaje: \_\_**

9. Cuando era niño.....  
24. Antes de la guerra, yo .....  
39. Si fuera joven otra vez.....

54. Mi recuerdo infantil más vívido.....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

**XIV.- Actitud frente al Futuro**

**Puntaje: \_\_**

- 5. El futuro me parece.....
- 20. Anhelo.....
- 35. Algún día yo .....
- 50. Cuando se es más viejo .....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

**XV.- Metas**

**Puntaje: \_\_**

- 3. Siempre quise .....
- 18. Sería completamente feliz si .....
- 33. Mi ambición secreta en la vida .....
- 49. Lo que más quiero de la vida .....

Resumen Interpretativo: \_\_\_\_\_

Resumen General:

---

---

---

---

---

---

---



## 8. INDICADORES TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

### FRECUENCIA SOLO CON PUNTAJES: 2

(seriamente perturbado; parece necesitar ayuda terapéutica para manejar los conflictos emocionales en esta área)

NOMBRE	T	A	P	D	H	I	Y	C	E	Frecuencia
Actitud frente a la Madre.	0	1	1	1	1	1	0	1	1	7
Actitud frente al Padre	1	1	1	1	1	0	0	1	1	7
Actitud frente al grupo familiar.	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6
Actitud Frente a las Mujeres	1	0	1	1	1	0	0	0	0	3
Actitud frente a las Relaciones Heterosexuales	1	0	1	0	0	1	0	1	1	5
Actitud frente a los Amigos y Conocidos	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Actitud frente a los Superiores en el Trabajo	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
Actitud frente a los Subordinados	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Actitud frente a los Colegas en el Trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Temores	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8
Sentimientos de Culpa	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Actitud frente a las Propias Capacidades	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Actitud frente al Pasado	0	1	0	1	1	0	0	1	1	5
Actitud frente al Futuro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

## 9. ENCUESTA

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD (último año aprobado) \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS \_\_\_\_\_

ORIENTACIÓN RELIGIOSA \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN ACTUAL \_\_\_\_\_

TIEMPO EN EL EMPLEO \_\_\_\_\_

EDAD DE INICIO DE CONSUMO \_\_\_\_\_

IDENTIFIQUE LAS DROGAS UTILIZADAS EN EL TRANCURSO DE SU  
VIDA \_\_\_\_\_

IDENTIFIQUE LA (S) DROGA (S) DE SU

PREFERENCIA \_\_\_\_\_

TIEMPO DE CONSUMO DE DROGAS ANTES DE BUSCAR AYUDA POR PRIMERA  
VEZ \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ABSTINENCIA EN EL PROGRAMA \_\_\_\_\_

HA TENIDO RECAIDAS \_\_\_\_\_ (¿Cuántas) \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO OTRO TIPO DE TRATAMIENTO

(Cuáles) \_\_\_\_\_

HA SIDO DIAGNOSTICADA CON ALGUNA OTRA ENFERMEDAD A PARTE DE LA

ADICCIÓN(Especifique) \_\_\_\_\_

USA MEDICAMENTOS (especifique los nombres) \_\_\_\_\_

QUIEN LO MOTIVÓ A ENTRAR EN EL PROGRAMA DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS?

\_\_\_\_\_

DEDICA EL TIEMPO A: (Entretenimientos) \_\_\_\_\_

Muchas gracias